This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

BOSTON MEDICAL LIBRARY

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Küller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Reuter** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a/M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. WEBER-LIEL
Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

BERLIN 1891.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

CATALOGUED
JAN 13 1893
E. H. B.

I. Sach-Register.

Abscesse, acute der Nasenscheidewand mit bleibender Nasendeformation 146.
—, über chronische, eingekapselte, in Folge einer acuten eitrigen Amygdalitis übrig gebliebene 207.
—, über kalte der Brustwandungen; Mediastinitis tuberculosa 290.
Abscess, retrolaryngealer mit Pneumococcen und folgender Pneumonie 346.
Abscesse, zwei Fälle von idiopathischen endolaryngealen 346.
Accomodations-Lähmung nach Rachen-Diphtherie 152.
Accumulatoren, die im Dienste der Laryngologie etc. 33.
—, die im Dienste der Medicin 213.
Adenoide Gewächse im Cavum nasopharyngeum, gewöhnlich postnasale Gewächse genannt 60.
— Vegetationen 145.
Amboscaries, über und Ambosextraction, ein Beitrag z. Aetiologie u. Therapie der chron. Mittelohreiterung 247.
Amygdalotomie und Blutung 207.
Anästheticis, Bemerkungen üb. die Verabreichung von in Fällen von Operationen in d. Nase u. d. Munde 118.
Aneurysma arterio-venosum der Carotis im Sinus cavernos. traumat. Ursprungs; Ligatur der Carotis communis 351.
— im Pharynx 180.
—, spontanes der Carotis interna 186.
—, über ein wenig bekanntes Symptom von des Aortenbogens 241.
—, Fall von spontanem der Arteria thyroidea inferior 211.
Angina, über herpetische und Mundrachenzona 207.
—, Ludwig'sche b. e. 6jähr. Kinde 179.
— pectoris, Tod bei 319.
— —, über durch Nicotin 318.
Angiom der Epiglottis 257.
Ankylosis, knöcherne d. Steigbügels 248.
Anosmie nach 40 Jahren geheilt 277.
Antipyrin, Darlegung d. localen anästhetischen Eigenschaften und über die Anwendung desselben bei gewissen Affectionen des Rachens und Kehlkopfs 349.
Aphasie mit Hemiplegie im Wochenbett. Heilung 291.
Aphonie, nervöse „a frigore" bei einem Kinde 91.
—, seit 4 Wochen bestehend, durch Suggestion während des hypnotischen Schlafes geheilt 209.
Aprosexia nasalis 176.
Apsithyria, über 89.
Aristol, ein neues Antisepticum 187. 249.
— bei Nasen- u. Halskrankheiten 314.
Asepsis bei intranasalen Operationen 312.
Asthma, ein Fall von mit Polypen und Hypertrophien, Operation etc. 178.
—, ein eigenthümlicher Fall von 185.
Atlas, microphotographischer der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres 204.
Aufnahme, photographische des Kehlkopfes und der Mundhöhle 229.
Augenleiden in Folge von chronischer Rhinitis 339.

Bacterie, eine neue, im Munde vorgefundene 102.
Bacterien, die bei der acuten u. chron. Coryza, sowie bei d. Ozaena u. deren Beziehungen zu d. genannten Krankheiten 174.
—, die des Cerumens 308.
Basedow'sche Krankheit, neue Symptome 128.
Beleuchtungsapparat, electrischer für Ohr, Nase, Nasenrachenraum etc. 118.
Bellhusten, Bemerkungen über den des Pubertätsalters 122.
Benzoyl-Guayacol als Ersatzmittel des Creosots, über 350.
Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internat. medicin. Congresses zu Berlin 7. 37.
— über die an der k. k. Wiener Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im J. 1889 ambulatorisch behandelten Kranken 21. 86. 111. 141.
— über 1000 aden. Vegetat. 115.
— über Verhandlungen in d. „Berl. med. Gesellschaft", betr. die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes und die Perlgeschwulst im Schläfebein 25.
— über die im Etatsjahre 1888/89 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen behandelten Krankheitsfälle 55.
— über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranheiten behandelten Krankheitsfälle 161. 189.
— über die Thätigkeit der Kgl. Univ.-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1888 bis 31. März 1889 335.
— über die Verhandlungen d. Abtheil. für Ohrenheilkunde d. 64. Versamml. d. Gesellschaft deutscher Naturf. und Aerzte i. Halle a. S. 1891 253. 295. 329.
Berichtigung zu dem Aufsatz „Ueber Resection des Septum narium" 272.
Blutegel in der Regio subglottica, Extraction auf natürlichem Wege 153.
Blutung, gefahrdrohende nach Tonsillotomie 150.
—, gefährliche nach d. Amygdalotomie 231.
— nach Tonsillotomien nebst Beschreibung eines galvanocaustischen Tonsillotoms 151.
Borsäure gegen grüne Sputa 351.
—, über die therapeutische Verwerthung der nebst Mittheilungen üb. e. neues Borpräparat 336.
Branchialfisteln, über 95.

Caries des Schläfebeins, casuistische Beiträge zur operativen Behandlung der 55.
— der Wandungen des Sinus sphenoidalis 278.
Cavum pharyngeum, ein Beitrag zu den Verletzungen des 28.
Celluloid-Ohrtrichter, ein 246.
Choanen, eigenthümlicher, angeborener Verschluss der 147.
Choc der Glottis 315.
Cholesteatom des Mittelohres, neuer Beitrag zur Lehre von der Entstehung des 201.
Chorea laryngis, primäre corticalen Ursprungs 347.
Cocaïn-Intoxiation, die Verhütung der 95.
Complicationen in der Mundhöhle bei Typhus, Beitrag der 279.
—, aussergewöhnliche der Tracheotomie bei Greisen 281.
—, seltene eines pleuritischen Exsudates. Pleuro-Oesophagealfistel 290.
Compression, elastische der Glandula thyroidea in der Basedow'schen Krankheit 286.
Corticalcentrum, über das laryngeale und über den intracraniellen Verlauf der von ihm entstammenden Fasern 232.
—, über das motorische laryngeale und über die von diesem im Gehirne verlaufenden Fasern 291.
—, über das laryngeale 291.
Coryza, käsige 147.
Croup, laryngologisches Bild bei 152.
Cystenkropf, über die Behandlung des, der Ranula und anderer Cysten mit Chromsäure 180.
Cyste, folliculäre des Unterkiefers, einen Weisheitszahn enthaltend 279.
Cysten der Nase 339.

Deformitäten des Gesichts und des Thorax in Folge von Obstructionen durch adenoide Vegetationen 146.

Deformitäten der Nase, Ausgleichung eckiger durch ein subcutanes Operations-Verfahren 338.
Demonstrationsmethoden der Larynxbewegungen 280.
Dermoidcyste am Halse 286.
Dermoidcysten (later. Cysten), Diagnose und Behandlung der des Bodens der Mundhöhle 340.
Dilatator, 2blättriger, permanenter der Trachea 182.
Diphtherie, allgemeine, ein seltener Fall von 151.
Diphtherie-Epidemie 151.
Diphtheritische Lähmung der Respirations-Muskeln, besonders des Zwerchfelles. Genesung 126.
Druck auf den Hals bei Bulbärkrisen der Dyspepsie 286.
Drüsen-Anschwellung an der Zungenbasis. Zungentonsille. Bericht eines Falles 61.
Drüsen, käsig entartete, in den Oesophagus durchgebrochen 186.
Drüsentumor der Zunge 230.
Dysphonie, chronische nervöse 92.
Dyspnoe, über eine eigentliche Ursache von, in einem Falle von subglottischem Epithelioma 320.

Einfluss des Geschlechtes auf überwiegendes Erkranken des rechten oder linken Ohres 224.
Einschnitte, über die ergiebigen rings um die Glandula thyroidea bei Krebs derselben 185.
Einspritzungen. Möglichkeit der in die Trachea beim Menschen, behufs Einführung von Medicamenten 156.
Eiterung, über die acute und Entzündung in den Zellen des Warzenfortsatzes und ihre Heilung durch Ausmeisselung der Zellen ohne Eröffnung des Antrum mastoideum 310.
Empyem des Antrum Highmori 27.
— des Sinus maxillare, Nachbehandlung des mit Oeffnung in den Mund, sehr einfaches Auswaschen dieser Höhle 206.
— des Sinus maxillaris, locale Behandlung des 317.
— der Highmorshöhle, ein Fall von, bedingt d. Erysipel-Streptococcen 339.
Enchondrom der Parotis 279.
Endigung, über die des Nervus cochlea im Corti'schen Organ mit Demonstration von Präparaten 308.
Entfernung, erfolgreiche einer Encephalocele 158.
— einer Nadel aus der Trachea auf natürlichem Wege 258.
Entstehen einer tuberculösen scrophulösen Gumma nach Perforation des Ohrläppchens 173.
Entzündung, acute der Articulatio cricoarytaenoidea 280.
—, chronische circumscripte und Polyp des äussern Gehörgangs als Druckerscheinung in Folge eines Cerumenpfropfes 199.
—, über eitrige des die Mandeln umgebenden Bindegewebes 230.
Epidemie von Selbstmord durch Erhängen, eine 351.
Epithelialsarcom d. Nasenhöhlen, Uebergreifen auf die Stirnbeinhöhlen, latenter Abscess des Gehirnes, plötzlicher Tod, Section 338.
Epithelioma an den Zahnwurzeln, alle Symptome eines Osteosarcoms darbietend. Resection des Unterkiefers. Heilung 60.
—, secundäres der Submaxillar-Drüsen 159.
Erfahrungen auf dem Gebiete der Rhinologie und Laryngol., klinische 337.
Erkrankungen, über die der oberen Luftwege im Gefolge von Influenza 259.
Eröffnung, operative des Warzenfortsatzes 202.
—, spontane einer Zungencyste 279.
Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Grünwald zu meinem Aufsatze: „Heilung eines grossen »typischen« Nasenrachenpolypen“ 217.
—, zur des Herrn Hausberg 274.
Erysipel, primäres des Pharynx und des Larynx 119.
Erythema eczematosum in Folge der Verwendung von Salol zu Verbänden 350.
Erythem, scharlachähnliches u. Pharynxerythem 315.
Exophthalmie nach Entfernung von Nasenpolypen 253.
Exostosenbildung, multiple, ein Fall von am Schädel mit halbseitiger Gesichtsatrophie 261.
Exstirpation der Zunge, des weichen Gaumens etc. 120.
Extraction zweier Röhren, welche sich von der Canüle losgelöst hatten und in die Trachea gefallen waren 258.

Fibroma molle auriculae 88.
Fibrome des Nasenrachenraumes; ihre erfolgreiche Behandlung durch neue Methoden 177.
Fractur der Cartilago thyroidea 316.
Französische Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. Jährliche Sitzung am 4. und 5. Mai 1891 255.
Fremdkörper, Entfernen eines aus dem Larynx 209.
—, Entfernung von aus d. Nase 59. 148.
— im Larynx 236. 258. 285.
— im Ohre 144.
— in den Bronchien 348.
— in den Luftwegen 347.
— in den Nasenhöhlen 253.
— in der Speiseröhre 211.
— in der Trachea 157. 187.
—, operative Entfernung e. durch misslungene Extractionsversuche in die Trommelhöhle gerathenen 129.
—, partielle Verstopfung d. Bronchien durch 288.
—, über die im Ohre 203.
—, über operative Entfernung von aus der Paukenhöhle mit Ausschälung d. den knöchernen Gehörgang auskleikenden Weichtheile u. Abmeisselung des Margo tympanicus 251.
— 24 Jahre in der Nase 313.
—, z. Casuistik der im Kehlkopfe 317.
—, z. Diagnostik d. in d. Bronchien 320.
—, z. Lehre d. d. obersten Luftwege 288.

Galvanocauterisation, ein Fall von der mittl. Muschel, gefolgt von Meningitis 176.
Gastrotomie, 2 Fälle von wegen Verschluss der Speiseröhre 159.
— wegen Entfernung einer Gabel 322.
Gaumentumor, ein Fall von, Operation, Bemerkungen 120.
Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle 255.
Gehirnabscess, vermuthetes, Influenza, Diabetes, Otitis media purulenta, einseitige Epilepsie, Operat. wegen 57.
Gehörorgan, über das Verhalten des bei Tabes 56.
—, üb. die Erkrankungen d. bei Tabes dorsalis 25.
Gehörsstörungen des Betriebspersonals der Eisenbahnen, über mit Bezug auf die Sicherheit des reisenden Publikums 293. 325.
Geschwülste, bösartige, über Diagnose und Behandlung d. Nasenhöhlen 228.
Geschwüre, Beitrag zum Studium combinirter syphilitischer und tuberculöser im Kehlkopfe 346.
Gewicht, das der menschl. Gehörknöchelchen 65.
Glühlampe, die und das Einschalten des Widerstandes bei Benutzung d. Accumulatoren 301.
Gummata der Nasenhöhlen 229.

Haematom, traumatisches mit Abscessbildung in der Nasenscheidewand 254.
Halsgicht 343.
—, über 158.
Halstumor, lufthaltiger 231.
Hasenscharte, Pathogenese der 207.
Heilmittel, über den therapeut. Werth einiger neuer, in die ohrenärztliche Praxis eingeführter 197.
Hemiglossitis phlegmonosa. e. Fall von 149.
Herpes gutturalis, z. Casuistik d. 120.
Heufieber, die Pathologie des 89.
Highmorshöhlenempyeme, zur Casuistik der 252.
Hirnabscesse, otitische, statist. Beiträge zur Kenntniss der 25.
—. über otitische 333.
Hundeblut, Einspritzen von in die Trachea 349.
Hyperostose, über des vor der Maxilla gelegenen Theiles der Nasenscheidewand 59.
Hyperplasie der Thymus, plötzlicher Tod durch während d. Tracheotomie 122.
Hypertrophie der Zungentonsille, 2 Fälle von, von denen der eine ernste Symptome zeigte 91.

Idiosyncrasie, e. seltener Fall von gegen Tannin bei äusserl. Gebrauch 119.
Infection, seltene des Labyrinthes, wahrscheinlich durch den Scharlach des Kindes entstanden 309.
Influenza, complicirt mit eiternder Parotitis, Oedema glottidis, Tracheotomie, Heilung 179.
Innervation des Musculus cricothyroideus 233.
Instrument, ein z. Operation subglottischer Tumoren 180.

Intubation 155.
— des Kehlkopfes in einem Falle von Diphtherie 95.
— des Kehlkopfes, Werth der in Verbindung mit anderen Operationen 181.

Jahresversammlung der belgischen Laryngologen und Otologen in Brüssel 1890 90.
Jodtrichlorid, die Anwendung des bei Ohreneiterungen mittelst einer neuen aseptischen Spritze 250.

Kehldeckelheber, ein neuer 156.
Kehlkopfentzündung mit Ausgang in Abscessbildung nach Influenza 121.
Kehlkopffractur, ein Fall von mit günstigem Ausgang 259.
Kehlkopfgeschwür mit Emphysem unter der Halshaut 155.
Kehlkopfhusten, nervöser bei e. 11jähr. Jungen 268.
Kehlkopf, Intubation des 121.
Kehlkopflähmungen, experim. Untersuchungen zur Lehre der 139. 195.
Kehlkopfmicrometer, ein neues 259.
Kehlkopftuberculose, d. Behandl. d. 30.
—, Untersuchungen üb. die Aetiologie der 92.
Kehlkopf- u. Bronchialbehandlung, eine neue Art von mittelst eines Spray und einer Röhre während tiefen Einathmens 155.
Kehlkopf, z. Frage der Localisation des an der Grosshirnrinde 118.
Keuchhusten, Croup, Tracheotomie, Verschlimmerung des Keuchhustens, Heilung 95.
—, üb. d. Behandlung des mit Einblasen antiseptischer Pulver in die Nasenhöhle 177.
Klinisches über die Innervation u. den Muskelmechanismus des Kehlkopfes 233.
Koch'sches Verfahren, über die Einwirkung d. auf die Mittelfractionen 224.
Kohlensäure, Anwendung d. bei Larynx- und Lungenleiden 285.
Kornkern in der Lunge, Tracheotomie, Heilung 186.
Krebs, üb. der Glandula thyroidea 182.
Krisen, bulbäre der diphtherischen Lähmungen bei Kindern 180.
Kropf, Behandlung des durch theilweise Ausschneidung mit 4 Fällen 257.
Kugeln, hyaline, üb. das Vorkommen d. sog. im Gewebe d. Schleimpolypen d. Nase etc. nebst Bemerkungen üb. die hyalinen Körper d. Rhinoscleroms 134.

Laryngeale Symptome der späten hereditären Syphilis 322.
Laryngealictus, ein Fall von 315.
Laryngectomie, partielle, ein Fall von wegen Carcinoms des Larynx 94.
Laryngitis, acute nach Verschlucken heisser Torte. Intubation. Heilung. 343.
— chronica, Studie über die Laryngitis pachydermica; chirurgische und medicamentöse Behandlung 344.
—, congenitale polypöse 234.
— haemorrhagica 68.
— — und Influenza 153. 286.
— tuberculosa. über die scleröse und wuchernde 153.
—, über die Behandlung der chronischen 208.
Laryngologische Mittheilungen 232.
Laryngoscopische Selbstbehandlung 234.
Laryngotomia intercricothyroidea 235.
Laryngotrachealfractur - Verwachsung der Stimmbänder. Ueberzählige Glottis 282.
Laryngotyphus 347.
Larynx, Connexion des mit dem motorischen Nervensystem 125.
Larynxblutungen, catameniale 282.
Larynxcarcinom. Tracheotomie. Propagation auf das Corpus thyroideum. Ungeheurer Tumor am Halse in der Umgebung der Canüle. Anlegen einer langen, an ihrer untern Hälfte beweglichen Canüle. Tod. Necroscopie 319.
—, theilweise Larynxexstirpation 232.
— 236.
Larynxcrisen bei Tabetikern 316.
Larynxepithelioma, partielle Larynxresection 210.
Larynxerysipel, Tubage, Laryngotomie 318.
Larynx - Exstirpation ohne vorherige Tracheotomie 183.
—, totale wegen Epithelioma 235.
Larynxfractur, glücklicher Ausgang einer 156.

Larynxlähmung, einseitige, ihre diagnostische Bedeutung 92.
Larynxmucosa, über die diffuse fibrinöse Hypertrophie der. Ueber die Natur der bei den Phthisikern beobachteten praearytenoidalen Wucherungen 345.
Larynxödem, acutes, gutartiges, infectiöses 345.
— nach Jodkaliumgebrauch 234.
—, primäres 287.
Larynxphthise, kann bei ders. durch endolaryngeale chirurgische Behandlung eine radicale Ausheilung des Kehlkopfes erlangt werden? 61.
— und Larynxsyphilis, Beitrag zur Lehre der combinirten 92.
—, Behandlung der mittelst Resorcin 153.
Larynxpolyp, ein wallnussgrosser; Entfernung 318.
Larynxstenose, zwei Fälle von; Tracheotomie, Trennung (der Adhäsionen), Heilung 154.
— nach Perichondritis, nach Typhus 287.
Larynxsutur 183.
Larynx-Tuberculose, Beitrag zur Lehre von der Heilbarkeit der, mittelst chirurgischer Behandlung 123.
Larynxtumoren, polypöse und papillare 287.
Lipoma sublinguale 340.
Localtherapie, die bei der Larynxphthise 257.
Löffel, electrische scharfe zur Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes 253.
Lungenemphysem durch Verschluss der Nasengänge 177.
Lupus der oberen Luftwege bei intacter Haut 347.
— des Mundes, Schlundes und Kehlkopfes 256.
—, primärer im Pharynx 343.

Macroglossie bei e. 6jähr. Kinde 278.
Mandel, Oeffnung am rechten vorderen Gaumenbogen mit linksseitiger überzähliger 342.
Mandelcarcinom, primäres. Pharyngectomia externa. Heilung 231.
Massage, die in der Behandlung acuter Catarrhe der Halsorgane 123.
Mastoiditis, doppelseitige im Gefolge von eitriger Mittelohrentzündung. Operation, Heilung 252.
Medicamente, die im letzten Jahrzehnt zur Inhalation empfohlen 236.
Melanosarcome der Nase 59.
Melonenkern im rechten Bronchus, Operation, Heilung 259.
Meningitis, Aetzen der mittleren Nasenmuschel mit folgender, tödtlich verlaufender 312.
Metall-Corrosionspräparate des Labyrinthes 203.
Methode, neue, einige Nasenleiden zu behandeln 177.
— aglutinative, Beitrag zur behufs Entfernung von Glasperlen aus dem Ohre 252.
Microben, Rolle der bei der Entwicklung und der spontanen Entfernung von drei grossen supraglottischen Polypen 235.
Micrographophon, wie giebt dasselbe Halskrankheiten wieder? 187.
Missbrauch, über den des Politzer'schen Verfahrens bei der Behandlung von Ohrenkrankheiten 310.
Mittel, schnelles und sicheres, die Epiglottis in die Höhe zu heben 280.
Mittelohr-Eiterungen, zur bacteriellen Diagnostik und Prognostik der 145.
Mittelohr-Eiterung, chronische Behandlung der durch Excision der cariösen Gehörknöchelchen, Bericht über drei Fälle 251.
Mittelohr-Entzündungen, eitrige, über den Verlauf bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin 172.
—, über nach Nasenschlunddouche 173.
Mittelohr-Entzündung, zur Behandlung der chronischen, eitrigen mit Durchlöcherung der Shrapnell'schen Membran 277.
Mittelohrleiden, sclerotischer Beitrag zur Behandlung des 225.
Mittheilungen, casuistische 334.
— und Discussionen über die in den Dresdener Krankenanstalten bei Anwendung des Koch'schen Verfahrens gemachten Beobachtungen 283.
Modification, eine zweckmässige des Larynxgalvanocauters 257.
Morbus Basedowi 285.
— Oedema glottidis in Folge eines Gumma der Cartilago cricoidea. Tod 184.
—, zwei Fälle von 210.

Morgagni'sche Taschen, Verfall der Schleimhaut derselben, Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie 15. 50. 80.
Mund- und Kehlkopfspiegel, ein neuer 229.
Muschel, mittlere, über Cysten und Abscesse der 254.
Musculus aryarytänoideus, Lähmungen des 289.
Mutismus, simulirter 278.
Myxoedem mit Erfolg behandelt durch hypodermatische Inoculation einer Schafsthyroidea 350.
Myxosarcomen der Parotis mit pharyngealem Auswuchs 341.

Nase, über Diagnose und Behandlung der Krankheiten der accessorischen Höhlen der 229.
Nasenbluten, das oft wiederkehrende zu bekämpfen, einfache Methode 226.
Nasendiphtheritis schwer bei Kindern zu erkennen 313.
Nasenhöhlen, Anatomie der 57.
Nasenleiden, spirometrische- Untersuchungen bei 227.
Nasenmuschel, mittlere cystopneumatische Degeneration der 58.
—, über cystopneumatische Entartung der mittleren 226.
Nasenpolyp, ein lufthaltiger 59.
Nasenpolypen, über Radicalbehandlungen der 116.
Nasenpolyp, ein ungewöhnlicher Fall von 255.
Nasenrachenpolyp, Heilung eines grossen „typischen" 46. 75.
Nasenrachenraum, über die Wichtigkeit der chirurgischen Behandlung des bei Catarrh desselben und des Mittelohres 146.
Nasenrachensarcom, Bemerkungen zur Behandlung des juvenilen 171.
Nasenscheidewand, Perforation der bei den Cementarbeitern 147.
—, über Verbiegungen der 116.
Nasenstein, ein 26.
—, ein Fall von 58.
Nasensteine, zwei Fälle von mit Bemerkungen über deren Aetiologie 147.
Nasenstein und Nasenzähne 229.
Nasensteine, doppelseitige, ein Fall von 196.
Nasopharyngealpolyp, prophylactische Tracheotomie 228.
Nebenhöhlen der Nase, Diagnose und Therapie der Krankheiten der 229.
Nervenversorgung, die des Geschmackssinnes 148.
Nervi recurrentes, Physiologie der 184.
Nervus olfactorius, Anatomie, Physiologie und Pathologie des 226.
Neubildung, polypoide der Trachea 157.
Neuralgie, paludische der Zunge mit Geschwürsbildung 206.
Neurose, eine seltene Form von, der Zunge und des Mundes 230.
Neurosen, seltenere und Reflexneurosen des Ohres, der Nase und des Rachens 242.
Neuritis des Recurrens durch Druck, Phonationslähmung der Stimmbänder 289.

Oesophagismus, Studien über den Ursprung des 321.
Oesophagotomie, Nachricht über einen günstigen Fall von zur Entfernung einer Zahnplatte. welche 5 Jahre eingekeilt war 185.
— externa, 2 Fälle von wegen Fremdkörper 290.
Oesophaguscarcinom, Gastrotomie bei 127.
—, Werth der Gastrotomie bei 127.
Oesophagusgeschwüre, einfache 321.
Oesophagusgeschwür, einfaches. Perforation in die Trachea 321.
Oesophaguskrämpfe, durch Hypertrophie der vierten Mandel hervorgerufen 260.
Ohrenerkrankungen bei Diabetikern 200.
Ohrengeräusche, über subjective bei der Otitis interna 199.
Ohrenheilkunde, Vorlesungen über 205.
Operationsmethode der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes 175.
Osteom des Stirnsinus, ein Fall von 61.
Ostitis, primäre, diabetische, ein Fall von des Warzenfortsatzes nebst Bemerkungen über den Einfluss grösserer Operationen auf den Verlauf des Diabetes 201.
Otitis externa haemorrhagica bullosa 248.
Ozaena, Behandlung der mittelst Höllensteinzerstäubungen 312.

Pachydermia laryngis, über und namentlich des aryepiglottischen Raumes 344.
— —, über 257. 344.
— —, zur Frage der 119.
Papillome des Kehlkopfes, ein Fall 182.
—, über in den oberen Luftwegen 123.
Papillom, grosses am hinteren Ende d. linken unteren Nasenmuschel 253.
Parosmien, Fälle von 69.
Pathologie, ein Beitrag z. d. laryngealen und anderen Krisen bei der Tabes dorsalis 181.
Pathogenese, Beitrag zur Lehre von der des Morbus Basedowi 184.
Patrżek, Dr. Franz, Nachruf 323.
Perforationen in der Membrana flaccida Shrapnelli, Beiträge zur Frage von den mit Bemerkungen über die Bildung des Cholesteatoms 143.
Periostitis, idiopath. acute des äusseren Gehörgangs 203.
Pharyngitis fibrinosa chronica, Fall von 410.
Pharyngitis fibrinosa, Fall von zweijährigem Bestehen einer 343.
Pharynxcysten 208.
Pharynxnasaltumoren, aden., üb. einige Complicationen d. Operation der 26.
Pharynxtonsille, eine einfache und wirksame Methode zur Anästhesirung der 150.
Phlebitis nach Amygdalitis follicularis 342.
Phlegmone nach Influenza, parapharyngealer tiefer Abscess 280.
Physiologie, z. der lufthaltigen Räume des Schädels 115.
Pneumococcus der Amygdalitis follicularis 179.
Polyp, fibröser der Luftröhre 185.
Psoriasis der Zunge 149.
Pusteln, ein Fall von, welche die Haut, die Mundhöhle, den Pharynx, d. Nase und den Larynx befallen 205.
Pyoctanin gegen tubercul. Ulcerationen im Kehlkopf und in der Nase 121.
— in der Ohrenheilkunde 203.
—, über bei Stirnhöhleneiterung 311.

Rachenkrebs, Pharyngotomia subhyoidea, Tod nach 9 Monaten ohne Recidive 230.
Rachenmandel, zur Operation d. hypertrophischen 120.
Reactionserscheinungen, die nach Operationen der Nase 27.
—, über nach Operationen der Nase 116.
Reflexasthma in Folge von Nasen- und Unterleibsleiden 254.
Reflexe und namentlich Halsreflexe nach Uteroovarialoperationen 318.
Reflexleiden von der Nasenmucosa ausgehend etc. 147.
Retropharyngeal-Abscess, idiopathischer. sollen wir von innen oder von aussen öffnen? 60.
—, 2 Fälle v. Einschneiden mit asphyctischen Symptomen 316.
Resection, üb. des Septum narium 237.
Respirationshinderniss, Tracheotomie. Heilung 258.
Rhinitis acuta, über pathologisch-anatomische, spec. Influenza-Rhinitis 106.
— fibrinosa 27.
— pseudomembranacea, über Rhinitis fibrinosa crouposa 58.
Rhinosclerom, zur Casuistik des 59.
Rouge's Operation zur Entfernung eines Nasen-Sequesters 313.
Ruptur der Trachea mit Sternal- und Rippenfractur 258.

Salol bei Tonsillitis und Pharyngitis acuta 151.
Sarcom, ein Fall von subparotischem und retropharyngealem, Operation, Heilung 256.
Schanker, syphilitischer der Nasenscheidewand 313.
Schiefstand d. Nasenscheidewand durch ein Trauma geheilt 175.
Schläfenlappenabscess, ein Fall von geheiltem 334.
Schreckneurose, ein Fall von mit Gehörsanomalien 249.
Schusswunden des Larynx und der Trachea 183.
Schwangerschaft, Einfluss der auf gewisse Arten v. Laryngitis sicca 287.
Schwindel, unbekannte Form von, durch Reiz des Halsvagus hervorgerufen 158.
Schwingungsmodus, über den der Membranen und üb. die Rolle des Musculus thyreo-arytaenoideus 209.

Sinus frontalis, 5 Fälle von Krankheiten des 178.
Sinusthrombose, zur Geschichte der operativen Behandlung der in Folge von Otitis media 276.
Société française d'otologie et de laryngologie, séance annuelle du 23 et 24 Mai 1890 88.
Speiseröhre, Verlegung der durch ein Divertikel. Gastrotomie. Tod nach 6 Jahren 159.
Spiel-Ballon, ein in der Trachea 347.
Stecknadel 3 Monate im rechten Bronchus, mit Erfolg entfernt 291.
Stellung der Stimmbänder beim ruhigen Athmen beim Menschen und üb. den Reflextonus ihrer Abductormuskeln 28.
Stimmbandgeschwüre nach d. Influenza 232.
Stimmgabel u. Stimmgabelversuche 197.
Stimmritzenkrampf, zur Behandlung des 120.
Stomatitis, über aphtöse infectiöse 149.
Stottern, hysterisches 178.
Strictur, unüberwindliche, narbige am unteren Ende d. Oesophagus, Gastrotomie 186.
Studien, acustisch-physiologische, verwerthet für die practische Ohrenheilkunde 308.
Struma, Behandl. des mit Einspritzungen von Jodtinctur 182.
—, substernaler, ein Fall von 159.
Stummsein, hysterisches und hyster. Stottern 207.
— —, ein Fall von. Heilung durch Suggestion während d. Hypnose 178.
Symptom, ein frühzeitiges vom Keuchhusten 278.
Syphilis der Tonsillae pharyngea und praepiglottica, Beitrag zur Lehre der 341.
Syphilis, hereditäre des Larynx 346.

Tabes dorsalis, Studie über, in Bezug auf die Symptome des Gehörorgans und des Larynx 186.
Therapie der Nasen-, Rachen- u. Kehlkopfkrankheiten, Beiträge zur 337.
Thrombose, ein Fall von autochthoner der linken Carotis 210.
Thyroiditis, ein Fall von im Verlaufe von Memps 182.
Tic douloureux, in Folge einer Exostosis des Septum narium 148.
Tic douloureux als Folge einer Exostosis der Nasenscheidewand 312.
Trachea, Verstopfung der durch eine verkäste Lymphdrüse 288.
Tracheo- u. Broncho-Stenose, zur Pathologie der 31.
Tracheotomie, Beitrag zur Lehre der Todesursache während der Operation 158.
— über den Werth der bei Croup 152.
Trachealtumoren 127. 287.
Treatise on a disease of the nose et throat 314.
Trepanation, ein Fall von wegen Paralyse der Sprache in Folge einer Verletzung 91.
—, die Erfolge der bei dem otitischen Hirnabscess 220.
Tod, plötzlicher während eines asthmatischen Anfalles 289.
Trockenbehandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen 26.
Trommelfell, über Regeneration und Narbenbildung des 25.
Tuberculom, intralinguales 341.
Tuberculose der Nasenhöhlen 283.
—, primäre des Mundes 229.
—, über der Nasenschleimhaut 228.
Tumor, grosser papillärer am hinteren Ende d. linken unteren Nasenmuschel 339.
Tumoren, Beitrag zur Pathogenese der in e. Falle von Tenotomie d. Pharynx. einem Hautpolypen ähnelnd 179.
—, chirurgische Behandlung d. kleinen, am freien Rande d. Stimmbänder flach aufsitzenden mittelst einer speciellen Cürette 154.
—, maligne der Schilddrüse, zur Diagnose der 155.

Uebertragung von Diphtheritis d. Vögel auf den Menschen 282.
Unbeweglichkeit, bleibende des rechten Stimmbandes nach vollständ. Heilung der halbseitigen Lähmung 349.
—, fortschreitende eines Stimmbandes, ihre Bedeutung für die Diagnose 349.
Untersuchungen üb. Wachsthumsstörungen u. Missgestaltung des Oberkiefers und des Nasengerüstes in Folge von Behinderung d. Nasenathmung 173.
Uranoplastie, Vorzüge der Operation der in zwei Sitzungen 343.
Urticaris des Schlundes 339.

Varices, venöse des Oesophagus bei Potatoren 289.
Vegetationen, über das operative Vorgehen bei Beseitigung adenoider im Rachen 344.
Verengerung, üb. die der Luftröhre und des Kehlkopfes, welche bisweilen dem Gebrauche von Tracheotomieröhren folgen etc. 93.
Verfahren, manuelles bei der Tracheotomie bei Erwachsenen 282.
Verhältniss, das der Ohrenheilkunde zu den anderen Zweigen d. medicinischen Wissenschaften 226.
Voltolini'sches Nasenspeculum, über ein Befestigungsinstrument für das 118.

Zahn, nicht erkannte falsche während 22 Mon. im Larynx eingekeilt 348.
Zerquetschung des Gesichtes, Larynxfractur 183.
Zerstörung der Geschmacksempfindung. Bemerkungen über die nach Amputation der Zunge 149.
Zunge, schwarze, Beitrag z. Entstehung der 206.
—, tuberculöses Geschwür und Psoriasis an der 315.
Zungenangiom. Exstirpation. Heilung 340.
Zungenbändchengeschwür unabhängig vom Keuchhusten 278.
Zungenkrampf, ein Fall von idiopathischem 340.
Zungentumor bei einem 8jährigen Kinde 206.
Zungentumoren, Bemerkungen über die Exstirpation von 341.
Zweitheilung im vorderen Theil der mittleren Muschel, ein Fall von 68.

II. Namen-Register.

Aayer 254.
Abate 315. 347.
Abbe 57.
Ackermann 259.
d'Aguanno 277.
Albrechts 155.
Allen Harrison 57. 59.
Angelo 254.
Anton 88.
d'Ardennes 286.
Argumosa 157.
Aronson 28.
Audubert 205.

Baden 58.
Baginsky 334.
Barbier 282.
Barletta 177.
Barling 256.
Ballet 178.
Basdin 206.
Baumgarten 242. 309.
Bays 95.
Bennet 258.
Berkart 89.
Bernhardt 230.
Bettencourt 350.
Bezold 144. 251.
Bidwell 185.
Bienfait 184.
Bing 203. 205.
Bistricki 65.
Bitot 207.
Bleyer 155. 156. 181. 187.
Blitz 339.
Bloebaum 246.
Boinet 235.
Böke 201. 226.
Bokai 60.
Bosworth 314.
Bothey 156. 286. 318.
Bourdel 315.
Boyd Stanley 61.
Boylan 91. 150.
Boza 280.
Braun 220.
Brébion 344.
Bresgen 26.
Bride 229.
Brieger 224.
Brissaud 92.
Bronner 317.
Brook 93.
Brousses 211.
Brown 348. 349.
Brown R. Moreau 27.
Brulant 211.
Bryant 288.
Brückner 55. 310.
Butlin 230.

Capart 236. 285.
Cardarelli 158.
Carralero 179.
Cartaz 26. 322. 350.
Casselberg 146.
Catrin 278.
Cervello 177.
Champonnière 318.
Champin a wright 27.
Chapotat 183.
Charazac 138. 235.
Charcot 128.
Chénieux 228.
Chiari 147. 344.
Cholewa 237. 272.
Cholmeley 178.
Claiborn 342.
Clark 122.
Clarke 210.
Clementi 186.
Cohen 122.
Colles 251.
Combemale 289. 351.
Comby 278.
Compaired 282.
Coupard 349.
Cramer 123.
Cravanis 321.

Dabney 346.
Dana 226.
Delassus 127.
Dennert 308.
Dennetières 184.
Desvernine Galdos 234. 282.
Diberder 206.
Dionisio 177.
Dodd 59.
Dor 232. 291.
Dubar 342.
Dubois 158.
Durand 157.
Durante 338.

Egidi 182.
Eitelberg 199.
Engel 236.

Ferguson 148.
Ficans 158.
Flatau 118.
Flesch 120.
Fleury 206.
Folet 340.
Foulerton 147.
Fowler 231.
Fränkel 92. 255. 259.
Freudenthal 213.
Freund 249.
Fuller 231.
Furner 185.

Gabbi 179.
Gallardo 279.
Garel 345.
Gaston 319.
Gazell 207. 232. 291. 315.
Gieson 181.
Gilliam 148.
Gillian 312.
Glasgow 347.
Gleitsmann 229.
Glover 282.
Glower 153.
Gluck 95. 334.
Gonda 151.
Goris 90.
Gougenheim 146. 153. 319.
Gradenigo 199.
Gradle 120.
Grellet-Bosviel 279.
Griffin 116.
Gross 278.
Gruber 129. 277.
Grünwald 171. 274.
Guthrie 180.

Habermann 201.
Hahn 228.
Hajek 174.
Hansberg 46. 75. 217.
Hartmann 229. 252.
Heermann 257.
Heryng 61.
Hessler 310.
Hewitt 118.
Hinrichs 258.
Hirtz 249.
Hobbs 229.
Holt 313.
Hooper 280.
Horsley 126. 291.
Huber 121.
Hubert 209.
Huchard 318. 319.
Huquin 278.
Hulke 178.

Jacobson 25.
Jacoby 55.
Jaenicke 336.
Jansen 333.
Joal 227. 260. 321.
Jones 91.
Josserand 346.

Kahn 120.
Kalt 351.
Karlinski 317.
Katz 204. 248. 308.
Katzenstein 311.
Kayser 161, 189. 249.
Kessel 203.
Kiesselbach 1. 97.
Kirmisson 159.
Knight 149. 313.
Koch 127. 287.
Kocsis 152.
Koeberle 287.
Kone 343.
Körner 23. 173. 201.
Kostanecki 65.
Krakauer 261.
Krause 118.
Kuhn 200.
Kuttner 119.

Labbé 209.
Lacoarret 280.
Ladrière 351.
Lamann 33. 70. 301.
Landgraf 31. 232.
Lange 119.
Lamy 285.
Lamallerée 283.
Laquer 230.
Laverau 339.
Lavrand 320.
Le Bec 12.
Le Dentu 279.
Lemaistre 230.
Le Noir 232.
Letulle 289. 290.
Lévi 183.
Lichtenberg 293. 325.
Liegey 351.
Linarez 187.
Linkenfeld 268.
Livon 184. 232.
Löri 337.
Lostalot 179.
Löwenberg 173. 224. 225.
Luc 92. 123. 154. 206. 337. 339. 345. 346. 347.
Lucas-Championnière 316,
Ludewig 247. 334.
Lutz 59.
Lys 151.

Macdonald 235. 254. 346.
Macdonell 211.
Mackenzie 158.
Maglioni 340.
Makenzie 349.
Marano 153. 286.
Marfan 313.
Marini 186.
Martino 287.
Massei 119. 347.
Matignon 182.
Mayer 154.
Mayor 313.
Meijer 312.
Merryan 318.
Meyer 257.
Meyes 68.
Michael 59. 281.
Mittendorf 158.
Mollière 210.
Moncorgé 92.
Monod 340.
Moos 145.
Morgenthau 316.
Morpurgo 56.
Moure 207. 288. 341.
Moussan 343.
Murray 155.
Müller 209.

Nalty 286.
Neumann 30. 208. 233.
Nitsche 196.
Noquet 26. 253. 339.

Olivenbaum 252.
Ollive 95.
Onodi 69. 110. 139. 147. 195. 343.
Orcel 182.

Paget 120.
Parker 288.
Patrzek 116. 203.

Péan 342.
Peltesohn 89.
Périer 183.
Personati 340.
Peterson 149.
Petit 183.
Petrone 179.
Peyrissac 91.
Photiades 253.
Piniaczek 152.
Pitts 93. 159.
Plicque 253.
Plicques 228.
Polaillon 60. 343.
Polo 147.
Poncet 185. 341.
Poliquet 175.
Pouzin 207.
Proskauer 210.
Proust 289.
Przedborski 15. 50. 80.

Quenu 278.
Quinlan 176. 312.

Rachel 126.
Raoult 321.
Raugé 208.
Raulin 58. 176. 341.
Razumovsky 258.
Régnier 286.
Remy 291.
Richards 252.
Richardson 146. 180. 339.
Roc 312.
Rockey 184.
Roe 338.
Roersch 290.
Rohrer 187. 248. 249. 308.
Ronkovitsch 287.
Rosenberg 234.
Rousseaux 253.
Ruault 175. 227. 344.
Rumler 25.
Rushmore 348.

Saint-Hilaire 349.
Sandmann 115.
Schaeffer 115. 121. 236.
Schattock 182.
Schech 229.
Scheild 255.
Scheinmann 121. 180. 257.
Schiffers 95.
Schmiegelow 58. 102. 143.
Schrevens 282.
Schwabach 172.
Semon 28. 125. 182. 253. 291.
Servona 350.
Siebenmann 203.
Socolowsky 156. 259.
Socin 232.
Sonques 347.
Southam 159.
Sprengel 320.
Stepanow 184.
Stevenson 257.
Stewart 60.
Stöckel 279.
Stöker 234.
Strom 258.
Suchanek 106.
Surmont 173.
Symonds 235.
Szenes 7. 37. 197. 263. 296. 323.
Szontagh 152.

Tauber 257.
Taylor 148.
Témoin 316.
Terillon 182. 186.
Terrier 322.
Thompson 315.
Thorner 94. 149. 150.
Thost 123.
Thudichum 177.
Tissier 289. 344.
Trascher 61.
Trautmann 118. 250.
Treitel 25. 27. 116. 168.
Trumbull 342.
Tuffir 290.
Tynsowsky 153.

Vaton 343.
Velluti 289.
Vilcoc 280.
Vinaut 127.
Voelker 186.

Wagner 229. 259.
Wagnier 147.
Wallerand 206.
Walzer 350.
Washam 291.
Watson 178.
Waxham 155.
Weber-Liel, Fr. E. † 325.
Whitehead 159.
Wilson 256.
Winternitz 317.
Woakes 180.
Wright 145. 151. 229. 258.

Zaufal 276.
Zwillinger 226.

Druck von Marschner & Stephan,
Berlin SW.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gangbofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. N. RÜDINGER** o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	**Dr. v. SCHRÖTTER** Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. WEBER-LIEL** Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, Januar 1891.** **No. 1.**

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N. JAN 13 1898

I. Originalien.

Stimmgabel und Stimmgabelversuche.

(Zum Theil vorgetragen auf der Naturforscher-Versammlung zu Bremen.)

Von

Prof. Dr. **Kiesselbach.**

Wenn ich es unternehme, einige bei Stimmgabeluntersuchungen wichtige Eigenschaften der Stimmgabeln zu besprechen, so hat mich dazu der Umstand bewogen, dass aus mancher der in letzter Zeit erschienenen Arbeiten hervorgeht, dass die Eigenthümlichkeiten dieses Instruments nicht sehr bekannt sind. Und es ist doch gewiss wichtig, diese Eigenschaften zu kennen, da sie für die Beurtheilung unserer Resultate bei Functionsprüfungen von grosser Bedeutung sind. — In Bezug auf den Ausfall der Stimmgabelprüfungen bei Anspannung des Trommelfells bin ich zu anderen Resultaten gekommen, als einige andere Autoren. Ich möchte deshalb bemerken, dass ich seit 12 Jahren bei vollkommen normalen Gehörorganen immer dieselben Ergebnisse hatte — allerdings nur bei normalen Gehörorganen.

I. Luft- und Knochenleitung.

Aëro-tympanale Leitung. Wenn man eine Stimmgabel anschlägt, am besten auf eine elastische Unterlage, so hört man bei vielen derselben einen oder auch mehrere Obertöne, wodurch das Resultat der Hörprüfung

unsicher werden kann. Um nun den Grundton rein zu erhalten, bedient man sich der Klemmen (Politzer), des Ueberziehens der Zinkenenden mit Gummischlauch (Bing), des Berührens der Zinkenbasis mit der Hand (Lucae), oder eines an Stiel und Zinkenbasis angelötheten Eisenringes (Bezold). Durch die Belastung der Zinkenenden werden aber nicht nur die Obertöne gedämpft, sondern es werden auch die Eigenschaften der Stimmgabel in anderer Beziehung verändert. Zunächst wird mit steigender Belastung der Ton tiefer, z. B. giebt meine mittelgrosse h-Gabel (Gesammtlänge 26, Zinkenlänge 14 Cm.) mit 70 Gramm Belastung f, mit 140 Gramm d, mit 280 Gramm A, mit den 3 Gewichten (übereinander angeschraubt) F. — Durch die Verschiebung der Gewichte gegen die Basis wird der Ton wieder höher; der höchste Ton, welchen man auf diese Weise erhalten kann, entspricht dem Grundton der unbelasteten Gabel. Wir würden somit bei acustischen Versuchen eine grössere Reihe von Stimmgabeln entbehren können, aber nur bei den allereinfachsten Versuchen, denn bei jeder Verschiebung der Gewichte erhalten wir wieder eine neue Stimmgabel, deren Eigenschaften in Bezug auf Intensität des Tones, Schwingungsdauer, Verhältniss der transversalen zu den longitudinalen Schwingungen von denen der unbelasteten Gabel, wie auch unter einander verschieden sind.

Bei Prüfung der Hörschärfe für die Luftleitung allein ist allerdings nur Höhe, Intensität der Töne und die Schwingungsdauer von Belang. Die Schwingungsdauer nimmt bei geringer Belastung zu, bei stärkerer Belastung wieder ab: während h (ohne Klemmen) 120 Secunden gehört wird, ist die Schwingungsdauer bei 70 Grm. Belastung 160 Sec., bei 140 Grm. Belastung 60 Sec., bei 280 Grm. 10 Secunden — eine kleine a^1-Gabel wird 50 Secunden gehört, mit Gummischlauch-Ueberzug an den Zinkenenden 33 Secunden. — Dass auch die Stellung der Gabel zum Ohr von Wichtigkeit ist, ist bekannt. Sie klingt am stärksten, wenn die breite Fläche des oberen Endes einer Zinke dem Gehörgang zugewendet ist. Die Kanten geben gar keinen Ton (Interferenz), und so kann es vorkommen, dass ein Patient zuerst die Stimmgabel gar nicht oder nur sehr schwach hört, während eine geringe Drehung des Kopfes oder der Gabel genügt, den Ton deutlich vernehmbar zu machen. Wird die Tonhöhe einer belasteten Gabel durch Verschieben der Gewichte nach der Basis geändert, so erklingt der Ton nunmehr am lautesten an der Stelle, wo die Gewichte angebracht sind.

Osteo-tympanale Leitung. Während bei der Luftleitung hauptsächlich die transversalen Schwingungen in Betracht kommen, haben wir es bei der Knochenleitung mit den longitudinalen Schwingungen zu thun. Die Kopfhaut verhält sich den longitudinalen Schwingungen gegenüber als elastische Unterlage, und es ist daher z. B. bei horizontaler Haltung der Gabel ohne Andrücken (Proc. mast.) die Summe von Knochenleitungsdauer und nachfolgender Luftleitungsdauer gleich der Totaldauer der Luftleitung. Durch Andrücken des Stiels wird die Schwingungsdauer abgekürzt, dagegen wird der Gabelton stärker gehört. — Eine wesentliche Veränderung erfahren auch hier die Eigenschaften der Stimmgabel durch die Belastung der Zinkenenden. (Um Missverständnisse zu vermeiden, bezeichne ich die Totaldauer der Luftleitung als

„L. t.“, die Dauer der Luftleitung nach Aufhören der Perception vom Kopfe als „L. p.“, die Knochenleitung beim positiven Rinne als „K. a.“, beim negativen als „K. p.“.)

Ebenso wie die Totaldauer der Luftleitung durch schwache Belastung vermehrt, durch stärkere Belastung verringert wird, so wird auch die Dauer der Knochenleitung und der „L. p.“ durch schwache Belastung vergrössert, durch stärkere Belastung verkleinert. Aber schon bei schwacher Belastung wird das Verhältniss von Knochenleitung zu Luftleitung ein anderes, d. h. die Knochenleitung dauert relativ länger, als bei der unbelasteten Gabel, oder mit anderen Worten: Bei Belastung der Zinkenenden nehmen die longitudinalen Schwingungen an Dauer und Intensität zu gegenüber den transversalen Schwingungen.

		beim Rinne'schen Versuch
Mittelgrosse h-Stimmgabel (ohne Belastung)		
Luftleitung tot. 120 Sec.		Knochenleitung a. 40
		Luftleitung p. 80
		120
f (dieselbe mit 70 Grm. Belastung)		
	L. t. 160 Sec.	K. a. 60
		L. p. 100
		160
d (dieselbe mit 140 Grm. Belastung)		
	L. t. 60 Sec.	K. a. 30
		L. p. 30
		60
A (dieselbe mit 280 Grm. Belastung)		
	L. t 10 Sec.	K. a. 7
		L. p. 3
		10
Kleine a^1-Gabel (ohne Belastung)		
	L. t. 50 Sec.	K. a. 20
		L. p. 30
		50
Dieselbe (Spitzen mit Gummischlauch überzogen)	L. t. 33 Sec.	K. a. 16
		L. p. 17
		33

II. Physiologische Versuche mit Anspannung des Trommelfells.

Bei diesen Versuchen steht in Bezug auf das Resultat der Valsalva'sche Versuch und Politzer's Verfahren gegenüber dem Aspirationsversuch (Bezold), dem Eindrücken des Fingers in den Gehörgang und der Contraction des Tensor tympani. Alle haben zwar das Gemeinsame, dass durch die Anspannung des Trommelfells die Perception durch aëro-tympanale Leitung (soweit die Prüfung derselben nicht durch die Versuchsbedingungen ausgeschlossen ist) der tieferen Töne herabgesetzt oder aufgehoben ist.

In Bezug auf die Perception der Knochenleitung sind aber die Verhältnisse der beiden Gruppen total verschieden. Wenn wir mit Helmholtz den Schallleitungsapparat als Hebelapparat ansehen, so stellen die

Radiärfasern des Trommelfells den langen Hebelarm dar, bei Contraction des Tensor tympani wird deren Stelle durch den Zug des Muskels ersetzt. Bei Valsalva und Politzer's Verfahren wird nun durch die Compression der Luft in der Paukenhöhle und die hierdurch hervorgebrachte Auswärtswölbung des Trommelfells die Wirkung dieses Hebelarms aufgehoben. Der Zug des Trommelfells nach aussen wird aber gemildert durch das Schlafferwerden des Hammerambos-Gelenkes, so dass der Zug des Trommelfells an der Stapesplatte durch den Druck der comprimirten Luft auf die letztere zum Theil compensirt werden kann, während auf der Membran des runden Fensters ein Ueberdruck lastet. In Folge dieser Verhältnisse ist bei Verdichtung der Luft in der Paukenhöhle die Steigbügelplatte noch schwingungsfähig. Dass der Ton der Stimmgabel während der Luftverdichtung in der Paukenhöhle vom Kopf aus stärker gehört wird, mag wohl zum Theil durch den leichten Ueberdruck auf das runde Fenster, zum Theil dadurch mit veranlasst werden, dass die Schallwellen sich in verdichteter Luft intensiver fortpflanzen (Magnus). Bei unbelasteter Gabel ist die Verstärkung des Tones übrigens eine sehr geringe, während dieselbe bei Belastung sehr deutlich wird.

Bei den anderen Versuchen ist der Druck auf die Steigbügelplatte überwiegend. Der Aspirationsversuch, welcher mir leider nicht gelingt, das Eindrücken des Fingers in den Gehörgang und die Contraction des Tensor tympani unterscheiden sich nur gradweise. Beim Aspirationsversuch verschwinden bei Luftleitung tiefe Töne bei mässiger Stärke, bei Knochenleitung tritt eine mässige Verkürzung der Perceptionsdauer ein (Bezold). — Der Versuch mit dem Verschlusse des Gehörgangs enthält eigentlich zwei verschiedene Versuche. Bei leichtem Verschluss des Gehörgangs wird ein Resonanzraum gebildet, und ist deshalb die Perception der Knochenleitung auf dem verschlossenen Ohre stärker. Sobald wir aber den befeuchteten Finger tiefer in den Gehörgang drängen, wird die Luft im äusseren Gehörgang comprimirt; Trommelfell und Gehörknöchelchenkette folgen dem Drucke, so dass der Steigbügel fester in das ovale Fenster gepresst wird. Beim vollkommen normalen Ohre kann man es leicht dahin bringen, dass der Ton der unbelasteten Stimmgabel*) von dem verschlossenen Ohre gar nicht mehr gehört wird, sondern dass er auf das unverschlossene Ohr überspringt. Schwerer ist das Ueberspringen bei belasteter Gabel zu erreichen; noch weniger leicht, wenn es sich um ein catarrhalisch erkranktes Ohr handelt, da in letzterem Falle der Ton sehr schwer überspringt, eventuell sogar ganz auf dem erkrankten Ohre bleibt, ohne durch Verstärkung des Drucks viel an Intensität zu verlieren.

Die Contraction des Tensor tympani bewirkt bei tieferen Stimmgabeln ein Schwächerwerden sowie ein Höherhören des Tones sowohl bei Luft- wie bei Knochenleitung; bei mittleren Tonlagen konnte nur ein Schwächerwerden des Tones beobachtet werden, bis gegen die viergestrichene Octave hin. Höhere Töne als c^4 wurden unverändert gehört.

---

*) Ich brauche den Ausdruck „unbelastet" der Kürze halber in dem Sinne, dass bei der betreffenden Stimmgabel sich „K. a." zu „L. p." etwa verhalten wie 1 : 2.

Die besprochenen Erscheinungen am normalen Ohre werden also im Wesentlichen dadurch bedingt, dass bei Valsalva und Politzer's Verfahren die Schwingungsfähigkeit der Steigbügelplatte erhalten bleibt, während bei den anderen Versuchen vom Trommelfell resp. Hammer aus ein Druck auf den ganzen Schallleitungsapparat ausgeübt wird, so dass die Schwingungsfähigkeit desselben im Ganzen behindert ist.

III. Weber'scher und Rinne'scher Versuch.

Es ist schon von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen worden, dass das Resultat der Functionsprüfung des Ohres nach irgend welcher Methode weiter nichts ist, als ein Symptom, welches seinen vollen Werth erst dadurch erhält, dass es an richtiger Stelle in die Reihe der übrigen Symptome eingeschaltet wird. Es ist natürlich, dass diese Symptome um so unzuverlässiger werden, je verwickelter der zu beobachtende Vorgang ist, denn wir haben es dann nicht nur mit Beobachtungsfehlern von Seiten der Patienten zu thun, sondern auch mit Fehlern, welche wir selbst bei Anstellung des Versuchs begehen können, und endlich dürfen wir nie vergessen, dass das Resultat des Versuchs von den Eigenschaften des angewendeten Instruments bedingt ist. Denn dieselben Verschiedenheiten der Eigenschaften, welche durch Belastung an einer Stimmgabel erzeugt werden, kommen auch bei verschiedenen Stimmgabeln vor ohne Belastung, und zwar sind diese Verschiedenheiten bedingt theils durch die Gestalt, theils durch die Structur der Gabel. Die Anforderungen, welche wir an Normalstimmgabeln stellen müssten, werden sich daher schwer erfüllen lassen. Um einheitliche Resultate zu erhalten, müssten diese Normalgabeln haben: gleiche Tonhöhe, gleiche Tonstärke, gleiche Schwingungsdauer, gleiches Verhältniss von Knochenleitungsdauer zu Luftleitungsdauer. Endlich müssten wir in der Lage sein, die Anschlagsstärke in sicher messbarer Weise zu bestimmen und zu variiren.

Weber's Versuch. Bei Anstellung dieses Versuchs, der ja an und für sich ganz einfache Verhältnisse zu bieten scheint, genügt es bekanntlich nicht, die Stimmgabel nur auf der Mittellinie von Schädel oder Gesicht aufzusetzen. Wir können dann noch zu einem Resultat kommen, wenn wir die Enden eines Otoscops in beide Ohren stecken oder auch die sogenannte gekreuzte Leitung versuchen, am besten vom Processus mastoideus aus. Zur Constatirung vollständiger einseitiger Taubheit können wir auch nach Lucae den Stiel der Stimmgabel in den Gehörgang stecken, oder zu noch kräftigerer Wirkung Klirrtöne erzeugen. Aber damit sind unsere Hilfsmittel nicht erschöpft. Wir können auch mitunter dadurch zu einem bestimmten Ergebniss gelangen, dass wir den Stiel der Gabel plötzlich fester andrücken, wodurch besonders bei gekreuzter Leitung der Ton noch vorwiegend oder allein auf dem andern Ohre gehört wird; auch abwechselndes Verschliessen beider Gehörgänge, verschiedene Stärke des Anschlags, Dauer der Einwirkung, Höhe des Stimmgabeltons, Prüfung mit belasteter und unbelasteter Gabel sind mitunter von Wichtigkeit. Trotz alledem sind die Resultate unserer Bemühungen oft recht dürftige, und manchmal treten auch Erscheinungen auf, deren Bedeutung noch nicht aufgeklärt ist, die man aber kennen muss, um sich vor diagnostischen Irrthümern hüten zu können. Dahin

gehört beim gekreuzten Weber das Uebersprungen des Stimmgabeltons von beiden Seiten nach dem andern Ohre, ferner die eigenthümliche Erscheinung, dass mitunter bei einseitiger oder einseitig schwererer Erkrankung erst nach Verschluss des gesunden oder leichter erkrankten Ohres der Stimmgabelton nicht nur vom Scheitel aus nach dem schlechteren Ohre hin gehört wird, sondern dass dann auch die Gabel pr. Luftleitung lauter und länger gehört werden kann. — Die Angabe der Patienten, dass sie die Stimmgabel „im ganzen Kopfe" hören, ist nach meiner bisherigen Erfahrung immer darauf zu beziehen, dass die Perception der Knochenleitung auf einer Seite ganz oder fast ganz erloschen ist, während das Hörvermögen für Luftleitung noch einigermassen besser erhalten sein kann.

Rinne'scher Versuch. Ist es schon bei dem Weber'schen Versuche schwer, oft unmöglich, zu einem verwerthbaren Resultate zu kommen, so sind die Verhältnisse bei Anstellung des Rinne'schen Versuches noch viel complicirtere. Abgesehen von dem gleiehzeitigen Vorkommen verschiedenartiger Erkrankungen an demselben Ohre, haben wir es zunächst mit den unvermeidlichen Beobachtungsfehlern zu thun, denn für Ungeübte ist es gewiss nicht leicht, den Augenblick des Abklingens genau zu bestimmen. Ferner können die Resultate zweier aufeinanderfolgender Versuche sehr verschiedene sein in Folge verschiedener Stellung der Gabel zum Kopfe des Patienten. Das sind nun allerdings Uebelstände, die man durch Wiederholung des Versuchs bis zu einem gewissen Grade unschädlich machen kann. Wichtiger erscheint es, dass sich die Stimmgabeln selbst verschieden verhalten. Dass Stimmgabeln von ungleicher Gestalt und Construction verschiedene Resultate ergeben, dass das Vorwiegen der longitudinalen Schwingungen bei Belastung derselben Gabel häufig einen negativen Ausfall ergiebt*), während der Versuch mit der unbelasteten Gabel positiv ausfällt, braucht nach dem früher Gesagten kaum erwähnt zu werden. Aber selbst Untersuchungen mit Gabeln von gleicher Gestalt und Tonhöhe können zu recht verschiedenen Ergebnissen führen, wovon wir uns bei Prüfung mit zwei h- und zwei a^1-Gabeln häufig überzeugen konnten.

Als weitere Fehlerquelle ist der Umstand anzusehen, dass wir die cranio-tympanale Leitung eines Ohres oft nicht gesondert prüfen können, nämlich sobald der Stimmgabelton vorwiegend oder allein auf dem andern Ohre vernommen wird. Es kann dann soweit kommen, dass ein Ohr, dessen Prüfung für sich allein höchst wahrscheinlich einen positiven Rinne ergeben würde, nicht dazu kommt, weil während der ganzen Dauer seiner Perceptionsfähigkeit der Ton immer noch auf der andern Seite erklingt. Es ist daher der Ausfall des Rinne'schen Versuches ganz ohne Bedeutung, wenn die vorher selbstständig geprüfte Totaldauer der Luftleitung eines Ohres eben so lang oder kürzer ausfällt, als die Dauer der Knochenleitung auf dem andern Ohre, sobald beim Weberschen Versuch der Ton vorwiegend oder ganz nach der entgegengesetzten Seite klingt.

Ob die Tonhöhe zweier Gabeln, wenn dieselbe nicht zu sehr differirt, von Bedeutung für den Ausfall des Rinne'schen Versuches ist,

*) Politzer hat dieses Verhalten auch in einem Falle nachgewiesen.

vermag ich noch nicht mit Bestimmtheit zu sagen, halte es aber für unwahrscheinlich. Ich habe allerdings in mehreren Fällen gefunden, dass die belastete Stimmgabel (A, K. a. : L. p. = 70 : 30; d, K. a. : L. p. = 30 : 30) einen negativen Ausfall ergab, die unbelastete (h, K. a. : L. p. = 15 : 30) einen positiven, und dann wieder a^1 (K. a. : L. p. = 20 : 30) einen negativen Ausfall, doch lässt sich das auch aus dem Ueberwiegen der longitudinalen Schwingungen bei a^1 gegenüber h erklären.

Es ist also, wenn der Rinne'sche Versuch nicht sehr positiv oder sehr negativ ausfällt, nicht richtig, nur von einem positiveu oder negativen Ausfall zu reden. Bei verschiedenen Gabeln oder bei verschiedener Belastung derselben Gabel kann in demselben Falle das eine Mal ein negatives, das andere Mal ein positives Resultat gefunden werden. Welche Stimmgabel recht hat, wird sich gegebenen Falls schwer entscheiden lassen. In einigen Fällen ist allerdings die Anwendung schwer belasteter Gabeln vorzuziehen; nämlich beim Weber'schen Versuch wird häufig durch dieselben noch ein entschiedenes Resultat erhalten, dann aber auch beim Rinne'schen Versuch, wenn es sich darum handelt, ganz leichte Erkrankungen des Schallleitungs-Apparates zu constatiren.

Trotz alledem würde ich es für verfehlt halten, wenn man wegen der erwähnten Fehlerquellen die Anstellung des Weber'schen oder Rinne'schen Versuches überhaupt unterlassen wollte. Dass beide Untersuchungsmethoden, so schätzbare Aufschlüsse sie oft geben, nicht in allen Fällen das Gewünschte leisten können, haben sie mit allen unseren Functionsprüfungen gemein. Beschränkung der Hörfähigkeit für tiefe Töne kann ebensogut bei Erkrankungen des percipirenden Apparats vorkommen wie bei Schallleitungsstörungen, Beschränkung der Hörfähigkeit für höchste Töne ist auch nicht immer ein sicheres Zeichen einer Labyrintherkrankung. Wenn also auch das Resultat jeder einzelnen Functionsprüfung nur in seltenen Fällen ein unzweifelhaftes ist, so dienen sie doch in ihrer Gesammtheit dazu, uns wesentliche Aufschlüsse über Art und Schwere der Erkrankung zu geben. Freilich gehört zur Deutung dieser Symptome Erfahrung und Umsicht, selbstverständlich auch die Berücksichtigung aller durch die anderen Untersuchungsmethoden gewonnenen Resultate. Die Einführung genauer Functionsprüfungsmethoden bedeutet einen ebenso grossen Fortschritt in der Diagnostik der Ohrenkrankheiten, wie die Einführung des Troeltsch'schen Reflectors und des Toynbee'schen Otoscops — um das letztere gebrauchen zu können, muss man eben auch das Auscultiren gelernt haben.

Bericht
über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin.

Von
Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung statt Schluss.)

VIII. Sitzung am 8. August, Vormittags.
Vorsitzender: Prof. Zaufal (Prag).

25) Gellé (Paris): Otite et paralysie faciale.

Auf Grund 31 einschlägiger Fälle, welche Gellé beobachten konnte,

hebt er die Begleitsymptome solcher Facialisparalysen hervor, welche eigentlich von der gleichzeitig bestandenen Erkrankung des Ohres abhingen, wie neuralgische Schmerzen (in 25 der Fälle), Schwindel (14 Mal) etc., trotzdem die Otitis nur selten (in 2 von 23 Fällen) suppurativer Natur war. Bezüglich des Connexes beruft sich Gellé auf zwei Fälle, in welchen die Paralyse in Folge eines Oedema inflammatorium im Fallop'schen Canal entstand, welches hier den Gesichtsnerv comprimirte.

26) Derselbe: Audition et paralysie faciale.

Gellé erwähnt einen Fall von Facialis- und Oculomotoriuslähmung, welche centraler Natur war, und fand sich hier auch eine Lähmung des Stapedius vor, zu Folge dessen das Trommelfell durch den Tensor nach einwärts gezogen wurde; der Stapedius behielt beim Gähnen seine Contractilität. Die binauriculären Reflexe fehlten.

27) Derselbe: Présentation de divers instruments.

Gellé demonstrirte eine Combination des Siegle'schen Trichters mit electrischer Beleuchtung.

Discussion:

Moos (Heidelberg) erwähnt, 2 Fälle von Facialisparalyse beobachtet zu haben, in welchen das Hörvermögen für tiefe Töne gesteigert war, in dem einen Falle betrug sie für C' gerade das Doppelte, wie auf der gesunden Seite.

Lucae (Berlin) hebt hervor, dass die Fälle, wo auf der Seite der Facialisparalyse tiefe und mittelhohe Töne krankhaft verstärkt gehört werden, sich dadurch auszeichnen, dass die Perception der Sprache nicht behindert ist. Es ist wichtig, dass diese zuerst von Lucae gemachte Beobachtung nicht verwechselt werde mit solchen Fällen, wo bei Facialislähmung Schwerhörigkeit vorhanden ist.

Treitel (Berlin) hat einen Fall von Furunkel beobachtet, bei welchem eine Facialisparalyse bestand, bei normaler Hörweite (in einem grösseren Zimmer) und normalem Stimmgabelbefunde. Nach Ablauf des Furunkels schwand die Facialisparalyse und es war in der Paukenhöhle keine Abnormität zu finden; es wäre jedoch möglich, dass ein leichtes Exsudat da war, welches inzwischen aufgesogen war.

Berthold (Königsberg) hat die Beobachtung gemacht, dass Kranke mit rheumatischer Facialisparalyse eine grosse Neigung zu Catarrhen in dem Ohr der entsprechenden Seite haben.

Bezold (München) hat neben einer frischen Paralyse des N. facialis gleichzeitig seröses Exsudat in der Paukenhöhle gesehen, welches durch das Trommelfell deutlich durchschien und mit dem Verschwinden der Paralyse ebenfalls verschwand; die Hörschärfe war nur mässig herabgesetzt gewesen.

Trautmann (Berlin) theilt mit, 2 Fälle von Facialisparalyse bei exsudativer Mittelohrentzündung beobachtet zu haben; nach der Incision schwand die Paralyse und kehrte noch ein Mal, bei Wiederkehr des Exsudats, zurück.

28) Bezold (München): Ueber Hörprüfungsmittel.

Der Werth unseres gebräuchlichsten Hörprüfungsmittels, der Flüstersprache, wird nach Bezold noch viel zu gering angeschlagen. Dieselbe verträgt sehr wohl einen Vergleich mit der Snellen'schen Sehprüfung

und ist daher der Vorschlag Knapp's, eine analoge Ausdrucksweise für diese einzuführen, berechtigt. Auch in den Buchstabenreihen Snellen's werden die einzelnen gleich grossen und für gleichwerthig geltenden Zeichen auf ziemlich verschiedene Distanz erkannt; die grossen Helligkeits-Unterschiede, welche durch den einfachen Wechsel der Tagesbeleuchtung bedingt sind, dürfen nicht geringer angeschlagen werden, als der Intensitätsunterschied in der Flüstersprache des Einzelnen, besonders wenn sich der Prüfende nur weniger, immer wiederkehrender Worte (Zahlen) bedient, und wenn er ferner nur nach vorausgeschickter Exspiration (also mit der zurückbleibenden Residualluft) spricht. Constant wiederkehrende Verwechslungen einzelner Typen und Worte finden hier wie dort regelmässig statt und sie geben uns wichtige Anhaltspunkte zur Eruirung der vorliegenden Krankheitsform, von Simulation etc. B. hält noch immer mit Wolf die Sprache für den vollkommensten Hörmesser, soweit es eine allgemeine Feststellung des Hörvermögens giebt. Weitere Verbesserungen in dieser Richtung anzustreben, liegt vorerst kein Bedürfniss vor.

Viel dringender erscheint eine Vervollständigung unserer Prüfungsmittel auf Tontaubheit. Das Ausfallen von Tönen resp. von Tonreihen hat für die Function des Ohres eine ganz andere Bedeutung, als der Ausfall von Farben für das Auge, da die Sehschärfe durch Farbenblindheit an sich gar nicht beeinflusst ist. Anders verhält sich, ganz abgesehen vom musikalischen Hören, beispielsweise das Sprachverständniss bei Ausfall einer Tonreihe. Fehlt z. B. der mittlere Theil der Scala, so kann das Ohr für die Sprache nahezu taub erscheinen, während doch nur ein Abschnitt der Scala verloren gegangen ist. Es ist daher unerlässlich die Prüfung mit der ganzen Tonscala. Die Reihe von Schlussfolgerungen, welche uns eine in allen diagnostisch zweifelhaften Fällen durchgeführte Untersuchung an die Hand giebt, ganz zu überschauen, sind wir gegenwärtig noch gar nicht im Stande, und es eröffnet sich hier ein weites Feld für unsere Untersuchungen. Das erste Desiderat für ihre Durchführung ist eine zur Prüfung geeignete Reihe von reinen Tönen, welche sich lückenlos über den ganzen Umfang der Scala erstreckt. B. legt eine solche aus 8 Stimmgabeln mit verschiebbaren Gewichten und 3 Orgelpfeifchen bestehende Tonleiter*) vor, welche unseren Bedürfnissen in dieser Richtung entspricht.

Discussion:

Schwabach (Berlin) warnt vor dem Gebrauch so tiefer Stimmgabeln, wie sie Bezold demonstrirte, besonders mit 43 und 36 Schwingungen. Dieselben verursachen unangenehme Empfindungen und erzeugen subjective Gehörsempfindungen, nervöse Erregungen etc.; dasselbe gilt auch von den sehr hohen Tönen, man muss daher im Interesse des Patienten und auch des Untersuchers selbst sehr vorsichtig sein bei der Prüfung mit solch' hohen Tönen.

Jacobson (Berlin) bemerkt, dass die Untersuchung mit der Flüstersprache, als die vollkommenste Methode der Hörprüfung, von Lucae

*) Diese continuirliche Tonleiter wurde bereits auf der X. Versammlung süddeutscher und schweizerischer Ohrenärzte zu Nürnberg demonstrirt. Siehe: Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XXI, pag. 121.

zuerst empfohlen wurde und für practische Zwecke genügt. Doch bezüglich der zahlenmässigen Bezeichnung der pathologischen Hörschärfe kann J. den von B. ausgesprochenen Ansichten nicht beipflichten und nicht acceptiren, die Hörschärfe des Kranken als Bruchtheil der normalen auszudrücken. Die Augenärzte befinden sich hierbei nicht, wie Bezold meint, in ganz derselben Lage, wie wir. Ihre Methoden, die Sehschärfe zu bestimmen (z. B. mittelst der Snellen'schen Sehproben) sind nicht frei von allen Unvollkommenheiten, und auch sie erhalten ungleiche Resultate, wenn die Beleuchtung verschieden ist, ebenso wie wir ungleiche Resultate erhalten, wenn wir in einem ganz ruhigen oder in einem weniger ruhigen Raume untersuchen. Hiervon indessen abgesehen, ist die Bestimmung der Sehschärfe aus der Entfernung, in welcher gleich grosse Buchstaben eben noch erkannt werden, eine physicalisch durchaus exacte, denn die Sehschärfe wird gemessen durch den kleinsten Gesichtswinkel, bei welchem ein Gegenstand eben noch wahrgenommen wird. Dieser Winkel aber ist für gleich grosse Leseproben (z. B. Snellen'sche Buchstaben) genau umgekehrt proportional der Entfernung. Die Hörschärfe aber steht in keinem bestimmten oder auch nur bestimmbaren Verhältniss zu der Entfernung, in welchem eine constante Schallquelle noch gehört wird; denn wenn wir auch annehmen, dass die Intensität des Schalls mit dem Quadrat der Entfernung abnimmt, so gilt dieses doch nur für den unendlichen Raum, unter keinen Umständen aber für ein Untersuchungszimmer, von dessen Wänden und dergleichen die Schallwellen in unregelmässiger und unberechenbarer Weise reflectirt werden, wie das auch v. Vierordt früher ausdrücklich betont hat. Um dieses noch greifbarer zu veranschaulichen, theilt Jacobson eine Beobachtung aus der Berliner Ohrenklinik mit. Es ist nämlich hier ein sehr langer, ziemlich schmaler Corridor, und werden in diesem die Hörprüfungen vorgenommen, so zeigt sich, dass die Hörweite für Flüstersprache constant bedeutend grösser ausfällt, als in dem gewöhnlichen Untersuchungsraum. Dass man den Wunsch hat, das Resultat der Hörprüfung anderen Collegen in Publicationen zahlenmässig mittheilen zu können, ist erklärlich, und glaubt J., dass hierzu die in der Berliner Ohrenklinik von jeher übliche Bezeichnungsweise, bei welcher die Hörweite in Metern voran- und das Wort, für welches dieselbe bestimmt wurde, in Klammern daneben gesetzt wird, vollständig genügt. Wenn z. B. im Journale geschrieben wird „Fl. 5,0 (Bismarck)", so bedeutet das: das Flüsterwort „Bismarck" wurde in 5,0 Meter Entfernung gehört; hiermit wäre das bei der Hörprüfung gefundene Resultat vollkommen deutlich und genügend anschaulich bezeichnet.

Lucae (Berlin) macht anfmerksam darauf, dass die einseitige Untersuchung mit Gabeln manche Fehlerquelle in sich schliesst, namentlich wegen der weit schwächeren tiefen Gabeln gegenüber den so empfindlichen hohen Gabeltönen. Auch erwähnt L., einen musikalischen Patienten mit grossem Defecte des Trommelfells beobachtet zu haben, welcher tiefe Gabeln auf dem kranken Ohr gar nicht, dagegen dieselben tiefen, von Pfeifen hervorgebrachten Töne sogar besser hörte, wie auf dem guten Ohr.

Dennert (Berlin) macht aufmerksam darauf, dass er schon vor langer Zeit betont hat, dass der Paukenhöhlenmechanismus sehr wichtig für die Perception tiefer Töne sei; das künstliche Trommelfell

wirkt vorwiegend nach dieser Richtung hin — Die Hörprüfung mit der Sprache habe ausser den vielen bekannten Inconvenienzen noch eine grosse Schattenseite, dass das Geleise für das zu prüfende Wort von der Aufnahme bis zum Verständniss mehr oder weniger ausgefahren ist.

Bezold hat die Unannehmlichkeit der ermüdenden Stimmgabelprüfungen nun grösstentheils hinter sich, nachdem seine Stimmgabelreihe fertig gestellt ist; für den Kranken sind die Unannehmlichkeiten gering, weil mit derselben nur auf Momente und für Luftleitung geprüft wird. — Auch B. notirt ebenso wie Lucae und Jacobson das Wort, welches auf die betreffende Distanz geprüft wird. Was das Deuten bekannter Worte von Seiten der Kranken betrifft, erinnert B. hauptsächlich an die Prüfung mit der Zahl „neun", welche immer jenseits der Hörgrenze als „ein" gehört wird, und da dieses Wort bei Affectionen des mittleren und inneren Ohres ziemlich gleich schlecht gehört zu werden scheint, sieht B. gerade in seiner Benutzung einen sehr brauchbaren Hörmesser.

Gradenigo (Turin) erwähnt zur Bestätigung der von Lucae hervorgehobenen Verschiedenheit in der Perception der Töne durch Stimmgabeln oder durch andere Instrumente einen Fall, wo bei einer endocraniellen Erkrankung viele Töne mittelst Stimmgabel nicht zur Perception gelangten, dieselben Töne jedoch, auch bei geringer Intensität, percipirt wurden, wenn er sie durch die Trompete oder Flöte hervorbringen liess. Bezüglich der von Jacobson erwähnten verschiedenen Hörweite bei verschiedenen Prüfungsräumen erwähnt G. als Curiosum, dass seine Uhr, welche gewöhnlich nur auf 5 Mtr. gehört wird, in einem 50 Mtr. langen Corridor auf über 30 Mtr. percipirt wird.

Magnus (Königsberg) legt im Anschlusse an Dennert's Bemerkung besonderen Werth darauf, dass man beim Prüfen für bürgerliche Zwecke sich nach dem Untersuchungsobject richten muss. Ueber den Vorzug der von ihm gebrauchten Lautsprache der Flüstersprache gegenüber müssen fernere Erfahrungen entscheiden, in wie weit das im bürgerlichen Leben nothwendige Wortverständniss dem Verständniss der Flüstersprache parallel ist.

29) Shirmunsky (Petersburg): Ein neues Operationsverfahren zur Erreichung einer bleibenden künstlichen Perforation des Trommelfells.

Nach einem kurzen historischen Rückblick über die bis jetzt empfohlenen Operationsmethoden der partiellen Excision des Trommelfells als Mittel zur Hörverbesserung, kommt S. zum Schlusse, dass in der letzten Zeit diese Operation fast ganz aufgegeben worden ist, weil wir bis jetzt kein Verfahren kennen, eine bleibende Oeffnung zu erhalten. Statt dieser unbedeutenden, leicht ausführbaren Operation wird die viel complicirtere Entfernung des ganzen Trommelfells mit einem oder beiden Gehörknöchelchen empfohlen. Da aber auch bei dieser Operation die Trommelfelllücke die Hauptrolle spielt, so wird es noch immer von grossem practischen Belang sein, ein Verfahren kennen zu lernen, mittelst welchem man eine permanente Perforation erzielen könnte. S. glaubt in der Chromsäure ein sicheres Mittel gefunden zu haben, welches im Stande ist, eine bleibende Zerstörung eines Trommelfelltheils hervorzubringen. Vor anderen, auch stark zerstörenden Aetzmitteln, wie z. B. die von Simrock zur Perforation des Trommelfells angewandte Schwefelsäure,

hat die Chromsäure den Vorzug, dass man sie im festen Zustande anwenden kann und auf diese Weise gelingt es, die Wirkungsweise des Aetzmittels zu begrenzen, wodurch eine übermässige Reizung und damit verbundene reactive Entzündung des Trommelfells resp. der Paukenhöhle zu vermeiden ist.

Der zur Perforation gewählte Trommelfellquadrant (gewöhnlich der vordere untere) wird zuerst mit einer 10procentigen Cocainlösung mehrmals betupft, dann das Trommelfell an dieser Stelle mit einer gewöhnlichen Paracentesennadel vertical oder kreuzförmig durchschnitten. Nach Abtrocknen des Blutes werden die Schnittränder mit der an die Spitze einer Silbersonde angeschmolzenen Chromsäure geätzt. — S. hat die Operation bis jetzt 8 Mal, bei 6 Personen mit Sclerose der Paukenschleimhaut, ausgeführt und beträgt die Beobachtungsdauer von 8½ bis 3 Monate. In allen Fällen ist eine bleibende Trommelfelllücke mit sich überhäutenden Rändern erzielt worden.

Als Nachtrag macht Shirmunsky eine vorläufige Mittheilung über die von ihm angestellten Thierversuche zur Entscheidung der Frage über die Wirkungsweise verschiedener Aetzmittel auf das lebende Gewebe.

Zur Prüfung der Regenerationsfähigkeit der Gewebe nach Aetzung mit verschiedenen chemischen Substanzen erzeugte S. an der Ohrmuschel vom Kaninchen, die bekanntlich sehr reich an Blutgefässen ist, eine künstliche Perforation auf dieselbe Weise und möglichst von derselben Grösse, wie am menschlichen Trommelfelle. Zu diesem Zwecke wurde an correspondirenden Stellen beider Ohrmuscheln ein Kreuzschnitt gemacht und die Perforationsränder einerseits mit Argent. nitr., andererseits mit Chromsäure geätzt. Es bildete sich beiderseits eine linsengrosse Oeffnung mit verschorften Rändern. Nach ca. 3 Wochen fiel der durch Arg. nitr. erzeugte Schorf ab und die Perforationsöffnung begann allmählig sich zu verkleinern, nahm bald eine spaltförmige Gestalt an, bis sie sich nach 2 Monaten durch Narbengewebe geschlossen hatte; der durch Chromsäure gebildete Schorf theilte sich in Form eines Kreises vom gesunden Gewebe erst nach 7 Wochen ab und es blieb eine permanente runde Oeffnung mit vollständig vernarbten Rändern zurück. — Dasselbe Resultat erhielt man an der Schwimmhaut ganz junger Enten, während bei älteren Enten auch bei Aetzung mit Arg. nitr. keine Regeneration des Gewebes stattgefunden hat.

Die Versuche mit anderen Aetzmitteln sind bis jetzt noch nicht abgeschlossen.

Discussion:

Krakauer (Berlin) hat alle Aetzmittel, Galvanocaustik, Schwefelsäure, rauchende Salpetersäure, Chromsäure etc. versucht, die Perforation verwächst stets wieder. Er hat ferner die Politzer'sche, Voltolinische Oese und ein eigenes Instrumentchen versucht, bei welchem ein Aluminiumröhrchen fest mit dem äusseren Gehörgange verbunden wurde, doch der Effect war derselbe, weshalb er auch kein Vertrauen zu diesen Methoden hat.

Shirmunsky glaubt in der Chromsäure ein ganz sicheres Mittel zur Erreichung einer bleibenden Perforation zu besitzen, denn in allen

Fällen, die bis zur letzten Zeit unter fortwährender Beobachtung standen, bewies sie sich.

Krakauer beharrt auf seiner Aeusserung und hält die Beobachtungszeit Shirmunsky's für unzureichend.

30) Bishop (Chicago): On atresia of the external auditory meatus.

Bishop berichtet über 4 einschlägige Fälle. Im ersten Falle handelte es sich um ein Trauma, zu Folge dessen die Ohrmuschel sich von der Wange losgetrennt hatte und wurde dann letztere so ungeschickt angenäht, dass der Gehörgang sich völlig verschloss. Die Function des Gehörnerven war erhalten. Nach erfolgtem operativen Eingriffe wurden die Verhältnisse nahezu normal. — In 2 anderen Fällen handelte es sich um Missbildungen und wurden hier die Stimmgabeln per Knochenleitung gehört. In einem dieser letzteren Fälle war an Stelle des Gehörganges eine Depression, jedoch ohne Canal; das Resultat des Eingriffes war nur von cosmetischem Werthe; der andere Fall blieb ohne jeden Eingriff. Im vierten Falle handelte es sich endlich abermals um ein Trauma. welches angeblich vor 29 Jahren entstanden war. Seit dieser Zeit hat Patient nichts gehört und war der Gehörgang durch dichtes Narbengewebe ausgefüllt. Vor 10 Jahren hatte sich bei diesem Kranken unter heftigen Schmerzen durch eine kleine Oeffnung eine Eiterung eingestellt, welche mit der Zeit profus wurde und einen foetiden Character annahm; die Knochenleitung war auch hier erhalten. Nun wurde der Canal eröffnet, dann mit Chromsäure geätzt und in die Oeffnung ein Kautschukröhrchen eingelegt. Die Oeffnung schloss sich aber mit der Zeit wieder, die Eiterung jedoch wurde immer geringer, um später nahezu ganz zu sistiren.

Discussion:

Politzer (Wien) weist auf zwei in dem Vortrage Bishop's nicht erwähnte Formen der Atresie hin; 1) auf die von ihm beobachtete vollständige Atresie des ganzen Gehörganges durch allseitige Verwachsung eines grossen Gehörgangspolypen mit den Gehörgangswänden, 2) auf jene bindegewebigen oder knöchernen Atresien der Pars ossea, welche sich im Falle einer massenhaften Granulationsbildung bei chronischen suppurativen Mittelohrentzündungen im knöchernen Gehörgange und an der äusseren Trommelfellfläche entwickeln und nach Ablauf der Eiterung in Bindegewebe oder Knochen umgewandelt werden.

Cholewa (Berlin) hebt hervor, dass in einzelnen Fällen, wie ein beobachteter Fall aus der Hartmann'schen Poliklinik zeigt, bei Atresie des äusseren Gehörganges es sich um Fehlen der vorderen Gehörgangswand und um eine directe Verbindung der Gelenkhöhle der Kiefer mit der Paukenhöhle handelt.

IX. Sitzung am 8. August, Nachmittags.

Vorsitzender: Herr Sexton (New-York).

31) Botey (Barcelona): Expériences d'évulsion de l'étrier chez les animaux.

Nach einer Reihe von Versuchen bezüglich der Evulsion des Steigbügels, welche Botey bei Tauben und Hühnern vornahm, resumirt er folgendermaassen seine Resultate: 1) Die Entfernung des Steigbügels bei den Thieren ist eine ungefährliche Operation. 2) Ob man bei

dem Eingriffe die ovale Membran zerreist oder nicht, und ob das Labyrinthwasser ausfliesst oder nicht, immer bildet sich nach Wegnahme des Steigbügels eine neue Membran, die das Labyrinth beschützt. 3) Alle Thiere hörten auch nach der Entfernung des Steigbügels, wenngleich nur auf kürzere Distanz und höchst wahrscheinlich nur durch die Membranen der ovalen und runden Fenster. 4) Thiere ohne Steigbügel und übrige Theile des mechanischen Hörapparates, bei denen jedoch die ovalen und runden Fenster intact bleiben, hören mehr, als jene, welche in gleichen Bedingungen sind, aber das runde Fenster mit der Steigbügelbasis zusammen luxirt haben. 5) Nach Wegnahme sämmtlicher Theile des mechanischen Gehörapparates, mit Ausnahme des Steigbügels (Columella bei den Vögeln), hören diese Thiere weniger, als solche, bei welchen auch der Steigbügel mit entfernt wurde. 6) Wird das Promontorium unvollkommen in Entzündung versetzt und in Folge dessen die Ankylose des ersten ovalen Fensters nicht erreicht, wiewohl dasselbe sich ein wenig verengt, verknöchert und ankylosirt sich die Steigbügelplatte mit den Rändern des eigentlich ovalen (tiefer gelegenen) Fensters. 7) Wird es möglich sein, die Operation beim Menschen auszuführen, dann wird dieselbe ebenso ungefährlich, wie bei den Thieren, dabei muss jedoch selbstverständlich strengst antiseptisch vorgegangen werden. 8) Die Gehörknöchelchen und das Trommelfell sind nicht absolut nöthig zum Hören, sie dienen blos zur Verstärkung der Schalleindrücke, oder was dasselbe ist, die Hördistanz zu vergrössern.

32) Derselbe: Demonstration d'instruments pour l'otoscopie intratympanique.

Um das Innere der Paukenhöhle bei pathologischer oder künstlicher Durchbohrung des Trommelfells zu prüfen, bedient sich Botey des starken Lichtes einer electrischen oder Gaslampe, deren verschiebbare Linse von 13—14 Ctm. Durchmesser einen mächtigen Lichtstrahl gegen einen Stirnspiegel von 15—18 Ctm. Durchmesser wirft, der dann auf den kleinen Raum eine grosse Lichtmasse zusammendrängt. Zu diesem Apparate gehören noch conische Specula aus Metall, die etwas kürzer sind, als die gewöhnlichen, und befindet sich hinter denselben eine biconvexe, verschiebbare Linse, deren Brennpunkt das Promontorium treffen soll. Inwendig haben die Specula eine Rinne, durch welche die Schäfte ganz kleiner Spiegelchen gleiten können. Letztere sind aus Stahl, haben einen Durchmesser von 3—6 Mmtr. und eine Dicke von 0,5 Mmtr. Diese werden nun auf das Promontorium oder in dessen Nähe placirt, und da sie, durch die Rinne gehalten, in der gegebenen Stellung verharren, so bleibt eine Hand frei, um ein Instrument behufs eines eventuellen Eingriffes einführen zu können.

33) Gradenigo (Turin): Ohrmuschelform bei Geisteskranken und Verbrechern.

Formanomalien der Ohrmuschel sind bei Geisteskranken und Delinquenten viel häufiger, als bei normalen Individuen, und während bei letzteren vorwiegend unwesentliche Anomalien vorkommen, kommen bei Geisteskranken und Delinquenten hingegen sehr schwere Abnormitäten vor. Die Anomalien sind in der Regel bilateral. Bezüglich der einseitigen geht aus den statistischen Zusammenstellungen das sehr bemerkenswerthe Factum hervor, dass die Anomalien sowohl bei Männern wie bei

Weibern im Allgemeinen häufiger auf der rechten Seite vorkommen, mit Ausnahme der abstehenden Ohrmuschel, welche bei Männern viel häufiger auf der linken Seite vorkommt.

34) Derselbe: Zur Morphologie des Anthelix.

Gradenigo unterscheidet in der gut ausgebildeten Ohrmuschel der Säugethiere zwei Hauptsysteme von Leisten, d. h. Leisten, welche senkrecht zu der Anheftungslinie der Ohrmuschel (longitudinale Leisten), und andere, welche parallel zu dieser Linie (quere Linie oder Anthelix) verlaufen. Beim Menschen ist in embryonalem Zustande die Gegenwart der longitudinalen Leisten zu constatiren, gehören indessen zum zweiten System: a) corpus et crus superius anthelicis; b) crus inferius anthelicis.

Als Anomalie hat Gradenigo beim Menschen das Vorkommen von Leisten constatirt, welchen, seiner Meinung nach, die morphologische Bedeutung von accessorischen Anthelicis zukommt. Die von G. vorgestellten Abbildungen lassen zwei Haupttypen von diesen accessorischen Anthelicis nachweisen: 1) eine Leiste, welche die Fortsetzung nach unten und vorne das Crus infer. anthel. bis zum Boden der Cymba conchae darstellt; 2) eine Leiste, welche concentrisch mit dem Corpus anthelicis verläuft.

(Schluss folgt.)

Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni[1]).

Von

Dr. **L. Przedborski**

Spitalarzt am Lodz'er israelitischen Krankenhause.

Obgleich das Gebiet der krankhaften Veränderungen, welches der Kehlkopfspiegel vor unserem Auge enthüllt, wirklich gewaltig ist, bleibt dennoch in diesem ein bedeutender, für uns gänzlich unzugänglicher, pathologischer Raum zurück. Diesen Raum bilden die krankhaften Abweichungen, die in den Morgagni'schen Taschen entstehen. Diese Abweichungen entschlüpfen gänzlich der genauen Observation, und können wir eine schwache Ahnung über das Vorkommen derselben nur bei sorgfältiger Berücksichtigung der accidentellen, collateralen Nebenerscheinungen erreichen. Das Dasein dieses Raumes ist durch unstreitbare Beweise durch die Anatomie festgestellt worden, auch hat die Physiologie und Histologie nachgewiesen, dass diese Gegend stets in der Entstehung verschiedener pathologischer Processe eine Hauptrolle spielt. Es kann nämlich vorkommen, dass in den Morgagni'schen Falten sehr gewalt-

[1]) Separat-Abdruck aus der „Gazeta Lekarska" No. 51 und 52, 1888.

same Erscheinungen sich abspielen, die, lange Zeit unentdeckbar bleibend, erst dann der Untersuchung zugänglich werden, wenn es ihnen schon gelang, enorme Zerstörung in den Geweben hervorzurufen. Unser Auge erreicht zwar die oberen Grenzen und Oeffnung der Morgagni-Falte, und können wir bei entsprechender Uebung und Erfahrung in der Abschätzung der collateralen Phänomene aus diesen einen grossen Nutzen für unsere Zwecke erzielen; da sich jedoch diese Erscheinungen auch im Verlaufe vieler anderen Krankheiten geltend machen, so bleibt die Therapie gewöhnlich erfolglos, denn die grösstentheils wankende und unsichere Diagnose gestattet uns nicht, die während der Untersuchung festgestellten Thatsachen ausgiebig auszunutzen. Wie machtlos sich aber auch der Kehlkopfspiegel bei Auffindung der primitiven Veränderungen in den Morgagni-Ventrikeln zeigt, so hervorragend wird der Werth dieses Instrumentes in den späteren Stadien, wenn die pathologischen Processe schon genug Zeit hatten, die obere Oeffnung der Ventrikel zu erreichen oder sogar sich über die Grenzen dieser auszudehnen. Die Unmöglichkeit also, unserem Auge die primitiven, in den Morg. Falten sich abspielenden Erscheinungen zugänglich zu machen, die Unsicherheit der Diagnose, die in diesem Stadium auf mehr oder minder richtiger Schätzung der Nebenerscheinungen (collaterale) sich stützen muss — das sind die Ursachen, welche noch immer die genaue Erkennung der in den Morg. Taschen sich entwickelnden krankhaften Processe behindern.

Demgemäss wären auch alle Versuche, in den speciell den Kehlkopf-Krankheiten gewidmeten Handbüchern irgend welche Erwähnung über die Leiden der Morgagni'schen Ventrikel aufzufinden, vergebens, und gehören auch heut zu Tage die Beschreibungen dieser Krankheiten zu den grössten Seltenheiten. Die Arbeit von M. Massei[2]): „Contribution à l'etude des maladies du ventricule de Morgagni" bildet noch immer den einzigen Leitfaden auf diesem dunkeln, unbekannten Gebiete der internen Medicin. In seiner Abhandlung beschäftigt sich Massei mit der Auflösung folgender vier Fragen: 1) Welche Krankheiten entstehen primär in den Morgagni'schen Taschen? 2) Welche Erscheinungen gestatten uns das Leiden in den Morgagni'schen Falten zu localisiren? 3) Auf Grund welcher Beweise sind wir berechtigt, mit voller Sicherheit die Diagnose einer Krankheit des Morgagni'schen Ventrikels annehmen zu können? 4) Besitzen wir, nachdem die Diagnose eines Sinusleidens festgestellt worden ist, Mittel, dasselbe zu beseitigen? Die lehrreiche Arbeit von Massei, deren genauere Auseinandersetzung uns zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde, die jedoch in hohem Maasse verdient, gelesen zu werden, wenn sie sich auch nicht genügend erledigend mit den Krankheiten des Morgagni'schen Ventrikels befasst, bietet einen bedeutenden Fortschritt zur Erkennung vieler interessanter und wenig bekannter pathologischer Processe, die in den Morgagni'schen Taschen entstehen. Die von Massei erweckte Frage, obgleich sie ein sehr dankbares Arbeitsfeld für viele Forscher darbot, gelangte dennoch während 4 Jahre in den medicinischen Kreisen in vollkommene Vergessenheit. Erst im Jahre 1886 tauchte die Frage über die Krankheiten der Morg. Tasche in der Sitzung der Aerzte und Chirurgen in Montreal auf's Neue auf. G. W.

[2]) Congress international de Laryngologie, Milan 1882.

Mayor demonstrirte in der erwähnten Sitzung einen Fall[3]) von doppelseitigem Vorfall der Schleimhaut der Morg. Tasche, der eine 27jährige, seit vielen Jahren mit Tuberculose der Lunge und des Kehlkopfes behaftete Frau betraf. Bei dieser Gelegenheit erwähnte Mayor, dass er schon im Jahre 1885 einen Fall von Vorfall der Mucosa der rechten Morg. Tasche bei einer mit Lues behafteten Frau vorgezeigt hat. Bei Erörterung der Literatur dieses interessanten Leidens hebt Mayor hervor, dass in der Mehrzahl der so sparsam beschriebenen Fälle von Prolapsus des Morg. Ventrikels fast immer Störungen und Krankheiten des Gesammtorganismus, hauptsächlich jedoch Lues, Tuberculose und Krebscachexie, nachzuweisen waren. Im Jahre 1887 theilte Mayor in seinem Vortrage über „Prolaps of the Laryngeal ventricles"[4]) noch 5 weitere Fälle von Schleimhautvorfall der Morg. Taschen mit. In allen beobachteten Fällen zeigten sich die wahren Stimmbänder theilweise durch die vorgestülpte Schleimhaut überlagert und liess sich dieselbe leicht mit der Sonde reponiren. Kurz darauf, am 21. Mai 1887, hielt Jelenffy in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest einen Vortrag: „Ueber den Vorfall des Morg. Ventrikels und seine Behandlung"[5]). In seinem Vortrage gelangte Jelenffy zu folgenden Schlussresultaten: Die Ursache des Vorkommens des Vorfalls der Mucosa des Morg. Ventrikels beruht auf gewaltigen Hustenanfällen. Der Unterschied zwischen der Eversion und dem Vorfalle der Ventrikelschleimhaut hängt blos von der Intensität der Krankheit ab. Störungen im Athmungsprocesse finden nur bei doppelseitigem Vorfalle der Schleimhaut statt. Die einseitigen Vorfälle der Mucosa verursachen blos Heiserkeit. Die Heilung tritt gewöhnlich, nach Jelenffy, nach totaler Exstirpation oder nach vielfach vorgenommener Incision der vorgestülpten Schleimhaut ein. Trotz der mühsamsten Bestrebungen konnte ich ausser den drei erwähnten Autoren in der zugänglichen Literatur keine Spuren, die sich auf genauere und gewissenhaftere Bearbeitung des Kapitels über die krankhaften Störungen in den Morg. Falten beziehen, auffinden. Bei genauerer Uebersicht der einschlägigen polnischen Literatur muss ich zu meinem Bedauern betonen, dass, trotzdem in dieser sehr häufig hervorragende Arbeiten von grossem practischen Werthe erscheinen, Beobachtungen, die sich mit den pathologischen Processen der Morg. Ventrikel befassen, bis heut zu Tage noch ganz ausfielen. Um die in der entsprechenden Casuistik entstandene Lücke auszufüllen, erlaube ich mir, etwas eingehender über 2 Fälle von Schleimhautvorfall der Morg. Ventrikel, die von mir durch lange Zeit beobachtet und mit sehr befriedigendem Erfolge behandelt worden sind, zu berichten. Die Fälle verdienen übrigens, näher besprochen zu werden, nicht nur ihres seltenen Vorkommens wegen, sondern in Folge des characteristischen Verlaufes, Bestehens und Therapie.

I. Fall. Frau S. suchte bei mir ärztlichen Rath im Januar 1888. Die Kranke erfreut sich einer vollkommenen Gesundheit, klagt jedoch über von Zeit zu Zeit auftretenden Husten, wobei fast immer eine mässige

[3]) Eversion of the ventricles of the larynx. Philadelphia Med. News, 29. Mai 1886.

[4]) New-York Med., 1. Januar 1887.

[5]) Pester Med. Presse 1887.

Quantität schleimig-eitrigen Secretes zum Vorschein kommt. Patientin giebt an, dass das Sprechen für sie allmählig schwieriger wird, denn wenn sie auch trotz der Veränderung in der Klangfarbe und auffallender Herabsetzung der Kraft der Stimme ein lebhaftes Gespräch zu führen vermag, kommt es doch sehr häufig vor, dass sie in Folge momentaner Aphonie nicht im Stande ist, einen begonnenen Satz zu vollenden. Es treten also nach einer kurzen Zeitdauer, in welcher die Patientin der Stimme vollständig mächtig ist, rasch vorübergehende Pausen ein, die die Patientin zum vollständigen Schweigen oder zum Aussprechen des Satzes mit ganz klangloser Stimme nöthigen. Die ursprünglich sehr selten vorkommenden Pausen in der Phonation treten in der letzten Zeit immer häufiger auf und machen jede längere Unterhaltung unmöglich. Die Patientin, von mittlerer Statur und kräftigem Körperbau, ist 36 Jahre alt und Mutter von 3 gesunden Kindern. Die Conjunctiven beider Augen sind von normaler Blutfülle, das subcutane Bindegewebe enthält einen ziemlich starkon Fettpolster. Pat. stammt aus einer gesunden Familie, ist von hereditären Momenten nicht belastet und hat keine Krankheiten durchgemacht. Bei genauerer Untersuchung liessen sich krankhafte Störungen vornehmlich in den Lungen und im Kehlkopfe auffinden. In der rechten Lungenspitze fand ich eine leichte Dämpfung des percutorischen Schalles und von Zeit zu Zeit auftretende trockene Rasselgeräusche. In der rechten Subclaviculargegend nahm der Percussionsschall auf einem ungefähr 2 Finger breiten Raume an metallischem Klange zu, dessen Höhe grösser oder kleiner wurde dem entsprechend, ob wir die Kranke zum Athmen mit geschlossenem oder offenem Munde zwangen. Bei der Auscultation konnten in dem erwähnten Raume bronchiales Respirium, feuchte, grossblasige Rasselgeräusche, Gargouillement und häufig deutliches, amphorisches Blasen wahrgenommen werden. Kurz gefasst, alle physicalischen Erscheinungen liessen keinen Zweifel übrig, dass wir mit einer in der rechten Lungenspitze sich befindenden Caverne zu thun haben. Da jedoch Erscheinungen von hectischem Fieber fehlten, die Patientin sich eines befriedigenden Kräftezustandes und ausgezeichneten Aussehens erfreute, konnte ich mich in diesem Falle, wie ich auch kurz beweisen werde, des Gedankens nicht erwehren, dass der Zerfallprocess, der im Beginne der Krankheit in der rechten Lungenspitze enorme Fortschritte vorzeigte, in den späteren Stadien der Krankheit einen vollkommenen Stillstand gemacht haben musste. Wir müssen nämlich zu der Annahme kommen, dass bei unserer Patientin kurz nach dem Uebergange der tuberculösen Infiltration der rechten Lungenspitze in das Gewebeschmelzungsstadium rings um den ursprünglichen krankhaften Herd ein derbes Bindegewebe sich ausbildete, welches den erwähnten Herd gefahrlos für die benachbarten Theile machte. Die Kranke, die wegen ihres Halsleidens vom Collegen Dr. Lohrer mir zugewiesen wurde, befindet sich schon seit 2 Jahren in sehr befriedigendem Zustande, obwohl wir nach allen physicalischen Kennzeichen das Vorhandensein einer Caverne in der rechten Lungenspitze nicht läugnen können. Die Krankheit begann vor 4 Jahren mit einem Schüttelfroste, Fieber, rapid zunehmender Körperabmagerung, Husten und profusen Lungenblutungen. Im Anfange des vorigen Jahres machte die Patientin auf den Rath des oben genannten Collegen eine längere Kur in Görbersdorf durch und kehrte von dort in

einem bedeutend verbesserten Gesundheitszustande zurück. Der heilsame Einfluss, den der Aufenthalt in Görbersdorf auf unsere Patientin ausübte, machte sich durch vollkommenes Schwinden des Fiebers, bedeutende Hustenabnahme und dauernd zunehmendes Körpergewicht geltend. In welcher Zeit dem Grundleiden der Patientin sich secundäre Kehlkopferscheinungen als constante Begleiter einstellten, ist mir unmöglich, jetzt genau anzugeben. Da jedoch schon während des Aufenthaltes in der Brehmer'schen Anstalt, wo sich die Patienten einer systematischen Kur unterwarf, durch lange Zeit Milchsäurepinselungen applicirt worden sind, können wir, wie ich glaube, mit voller Wahrscheinlichkeit annehmen, dass die krankhaften Erscheinungen seitens des Kehlkopfes nicht lange auf sich warten liessen. Schon während der ersten Untersuchung erweckten die häufigen momentanen Störungen in der Phonation den Verdacht über das Vorhandensein von Hindernissen im Kehlkopfe, die die Thätigkeit der wahren Stimmbänder beschränken. Da ich mich gleichzeitig überzeugen konnte, dass diese Störungen, sehr rasch entstehend, eben so rasch verschwanden, so kam ich zur Annahme, dass die oben genannten Hindernisse wahrscheinlich nicht permanente sind und dass dieselben nur momentan die Function der Stimmbänder beeinflussen. Die laryngoscopische Untersuchnng bestätigte vollkommen die Richtigkeit dieser Annahme. Die Schleimhaut des Kehlkopfes fand ich mässig geröthet, beide wahren Stimmbänder zeigten sich etwas getrübt, doch gänzlich von Geschwüren oder circumscripten tnberculösen Infiltraten frei. Beide Arytaenoid-Knorpel waren bedeutend hypertrophirt und in ihren Bewegungen, wahrscheinlich in Folge einer abgelaufenen Perichondritis und Starrheit (Ankylose des Crico-arytaenoidal-Gelenkes), beschränkt. Bei der Phonation berührten sich beide wahre Stimmbänder in den zwei vorderen Dritteln vollkommen, dagegen entstand in der hinteren Partie der Glottis in Folge der oben erwähnten Ankylose des Crico-arytaenoidal-Gelenkes eine schmale Lücke. Diese Veränderungen erklären, obgleich nur theilweise, die Modificationen in Timbre und in der Intensität der Stimme, indem sie eine kleine Spannung und Beschränkung der Stimmbandbewegungen erzeugten. Bei der häufig vorgenommenen Kehlkopfuntersuchung konnte ich auch leicht die Quelle der stets zu Gesichte kommenden momentanen Aphonie aufsuchen. Als ich nämlich die Pat. andauernd zu lauteren Tönen veranlasste, keilte sich zwischen beide wahre Stimmbänder in die vorderen zwei Drittel der Stimmritze ein länglicher, blassrother, glatter Wulst ein, und da gleichzeitig auch im hintern Drittel der Glottis eine schmale Lücke entstand, so liessen sich die so häufigen, während der zu lebhaften Begeisterung der Patientin im Gespräche vorkommenden phonatorischen Störungen durch die anhaltenden Hindernisse in der hinteren Partie der Glottis, wie durch vielleicht entstehende Einkeilung des beschriebenen Wulstes zwischen die wahren Stimmbänder vollkommen erklären.

Was bietet nun der geschilderte Wulst dar?

Da derselbe ganz parallel dem rechten Stimmbande verlief, den Raum zwischen dem rechten wahren und falschen Stimmbande einnehmend, wobei dessen äusserer Rand innig dem innern Rande des wahren und sein innerer Rand der unteren und inneren Fläche des falschen rechten Stimmbandes anlag, da dieser Wulst in Folge seines Verschwindens

unter dem rechten falschen Stimmbande während der Respiration grösstentheils unsichtbar wurde und durch sein äusseres Aussehen, weiche Consistenz, blassrothe Verfärbung und glatte Oberfläche, eine grosse Aehnlichkeit der normalen Kehlkopfschleimhaut darbot, so gewann der Gedanke, dass dieser Wulst nur eine verdickte Duplicatur der Schleimhaut sei, und dass wir es also mit einem partiellen Vorfalle der Mucosa des rechten Morg. Ventrikels zu thun haben, immer mehr an positivem Werthe.

Diese phonatorischen Hindernisse konnte ich schon während des ersten Zusammenseins mit Herrn College Lohrer, der die Patientin in beständiger ärztlicher Aufsicht hatte, demonstriren: Während des mit College Lohrer abgehaltenen Consiliums beschlossen wir, um die phonatorischen Störungen zu beseitigen, die hypertrophirten Aryknorpel zu verkleinern und den zwischen beiden rechten Stimmbändern sich befindenden Wulst vollkommen zu vernichten.

Zur Verkleinerung der hypertrophirten Aryknorpel wählte ich Milchsäure und zur Zerstörung des genannten Wulstes Chromsäure.

Da ich die Ueberzeugung gewann, dass von schwachen Milchsäurelösungen nur nach langer Zeit Heilung zu erwarten ist, so suchte ich sofort im Beginn der Krankheit in reiner Milchsäure Zuflucht. Die Patientin blieb in meiner Kur von Januar bis April 1888 und rieb ich während dieser Zeit, nach vorausgegangener Anaesthesie der Kehlkopfschleimhaut durch eine 10procentige Cocainlösung, in die hypertrophirten Aryknorpel reine Milchsäure 10 Mal ein. Die Einreibungen wiederholte ich erst nach 7 — 8 Tagen, indem ich einerseits die Abstossung des entstandenen Schorfes abwartete und gleichzeitig mich bemühte, eine zu grosse, durch die energische Kur hervorgerufene Abschwächung der Pat. zu vermeiden. Und in der That wurde die Patientin nach jeder Einreibung für einige Zeit aphonisch, klagte über heftige Schmerzen beim Schlucken und starken Husten, und konnten vielmals leichte Fieberexacerbationen bis 38 und 38,2° C. nachgewiesen werden.

Ungeachtet dessen war die Kranke mit dem Erfolge der Kur vollkommen zufrieden, denn die stürmischen Reactionserscheinungen legten sich gewöhnlich nach einigen Tagen und die Stimme wurde allmählig stärker und klangvoller. Nach der zehnten Milchsäure-Einreibung verkleinerten sich die hypertrophirten Aryknorpel bis fast zur Hälfte und die in der hinteren Partie der Stimmritze während der Phonation entstandene Lücke verschwand vollständig. Es blieb sodann noch ein einziges Hinderniss zurück, welches, um die Patientin in Besitz einer ganz normalen Stimme zu setzen, beseitigt werden musste, und zwar bildete dieses Hinderniss die vorgestülpte, unter der Gestalt eines Wulstes auftretende Schleimhaut des rechten Morg. Ventrikels.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Corpus alienum.

Fremdkörper im äusseren Gehörgange kamen 37 Mal zur Beobachtung, und zwar fanden sich vor: Bohnen, Kirschkerne, Maissamen, Kieselsteine, rein und in Cerumen eingebettet, Johannisbrodkerne, Ameisen, geflügelte Insecten, Papierstücke, Watte und Knoblauchstücke; sämmtliche Fremdkörper konnten bis auf den einen unten angeführten Fall stets durch Ausspritzung entfernt werden.

Am 9. März wurde der 7jährige J. W. mit der Angabe auf die Klinik gebracht, er habe sich am Tage vorher eine Bohne ins rechte Ohr gesteckt. Von einem Arzte wurden vergeblich Extractionsversuche vorgenommen.

Es konnte das Vorhandensein einer Bohne bei der Ocularuntersuchung constatirt werden. Ausspritzung und Extractionsversuche misslangen. In der Narcose wurde hierauf die Extraction mit der Gehörgangszange vorgenommen. Der Fall verlief weiter günstig.

Otitis externa furunculosa

kam 142 Mal zur Beobachtung; 9 Mal waren schon Abscesse vorhanden, welche das Lumen des Gehörganges verlegten. Wie in früheren Jahren wurden auch diesmal mit trefflichem Erfolge die von mir in die Praxis eingeführten Gelatinepräparate mit Extractum opii überall dort verwendet, wo Vereiterung noch nicht aufgetreten war, während andernfalls die Incision ausgeführt wurde.

Der hier folgende Fall nimmt ein hervorragendes Interesse dadurch in Anspruch, dass er unter den Symptomen einer Otitis externa furunculosa begann, die zu retro-auriculärem Abscesse führte, aus welchem sich nach der Incision cholesteatomartige Massen entleerten.

Am 25. September stellte sich der 61jährige Kutscher J. W. mit der Angabe vor, seit 8 Tagen an heftigen Schmerzen im linken Ohre zu leiden. Es wurde das Vorhandensein eines Furunkels an der hinteren unteren Wand des Gehörganges constatirt und ein Gelatinepräparat eingeführt. Der Patient blieb dann aus und kam erst am 2. October in bedeutend verschlimmertem Zustande zu uns. Die linke Auricula war blauroth geschwollen, ihre Umgebung abwärts vom Niveau des äusseren Gehörganges von dunkel gerötheter, oedematöser, heisser Haut bekleidet. Nach hinten vom Lobulus war eine kreuzergrosse, gut umschriebene, buckelig vorgewölbte Stelle, an der Fluctuation deutlich gefühlt werden konnte; der Gehörgang war ganz zugeschwollen, das Trommelfell unsichtbar. Beim Catheterismus konnte man Rasseln, kein Perforationsgeräusch hören. Die Hörweite für die Flüstersprache betrug 40 Ctm. Bei der nun vorgenommenen Eröffnung des Abscesses (1 Ctm. hinter dem Lobulus) entleerten sich etwa 5 Cctm. Eiters; Jodoformverband.

7. October Verbandwechsel. Die Weichtheile in der Umgebung der Schnittöffnung zeigen geringere Schwellung, aber noch derbes Infiltrat

in der Ausdehnung eines Thalers; aus der Wundhöhle drängen sich weissglänzende Platten, die sich bei der mikroskop. Untersuchung als aus abgestossenen Epidermiszellen bestehend erweisen. Die Sonde dringt 3½ Ctm. tief gegen den Warzenfortsatz zu in die Tiefe. Beim Ausspritzen des Gehörganges kommen wenige Epithelplatten. Gehörgang weit, Trommelfell abschwellend. Uhr ¾ Mtr.; beim Catheterismus freies Einströmungsgeräusch ohne Rasseln. — Unter Jodoformverband heilte die Wunde prompt im Verlaufe von 14 Tagen.

Otitis externa diffusa

kam 63 Mal zur Beobachtung; die Behandlung bestand im acutesten Stadium in Einführung von Gelatinemandeln, die in immer zunehmender Dicke verwendet wurden und in Einlagen von mit Cocainlösung getränkten Wattewieken. Hatten die Schmerzen abgenommen, so wurde theils Anfüllung des Gehörganges mit Borsäure, theils die methodische Dilatation mit jodoformirtem Pressschwamm oder Drains geübt. Zwei Fälle kamen ins Ambulatorium, wo Verätzungen mit Chloroform die Ursache der Otitis externa abgaben, welches die Patientinnen zur Stillung von Zahnschmerzen von Apothekern erhalten hatten. In einem Falle war beiderseits die Concha und der knorpelige Gehörgang der Cutisdecke beraubt, eiternde Flächen darbietend, im anderen zeigte sich der Gehörgang vollständig zugeschwollen unter gleichzeitiger phlegmonöser Entzündung der Umgebung des Ohres und Vorhandensein heftiger Schmerzen, welche 3 Tage andauerten.

Otomycosis

wurde 11 Mal beobachtet und stets durch Einträufelungen von

Acidi borici 2,00
Alcoh. absol. 30,00 rasch beseitigt.

Es möge hier Erwähnung finden, dass in letzterer Zeit, abweichend von der bisher üblichen Untersuchung der verdächtigen Massen in 4 proctgr. Kalilauge, dieselben entweder nach kurzem Aufenthalte in absolutem Alcohol, oder, wenn sie trocken waren, gleich in einem Tropfen Canadabalsam zerzupft wurden. Man bekommt auf diese Weise schöne und haltbare Dauerpräparate.

Ruptura traumatica membranae tympani.

Unter 25 diesbezüglichen Fällen, deren Krankengeschichten wegen ihrer forensischen Bedeutung genau geführt werden mussten, fand sich die Rupturöffnung 11 Mal im vorderen unteren, 5 Mal im hinteren unteren, 4 Mal im vorderen oberen, 2 Mal im hinteren oberen Quadranten; 3 Mal sass die Ruptur hart unter dem Umbo, an der Grenze der beiden unteren Quadranten.

2 Mal fand sich doppelte Ruptur eines Trommelfelles vor, und zwar ein Mal beide oberen, ein Mal beide unteren Quadranten betreffend. Diese Patienten hatten mehrere Schläge auf's Ohr erhalten. In einem Falle war bei einem 25jährigen Mädchen die Grösse der Rupturöffnung höchst auffallend; sie betraf die ganze vordere Hälfte des Trommelfelles und noch das angrenzende Stück des hinteren unteren Quadranten; in einem zweiten Falle, wo die Ruptur fast die ganze hintere Hälfte des Trommelfelles traf, sah man das Steigbügelambosgelenk. In diesen beiden Fällen kam es zur Vernarbung des Defectes.

Die Form der Ruptur ist 4 Mal als rund, ein Mal als oval, ein Mal als nierenförmig, 5 Mal als dreieckig notirt. 8 Mal waren die Ränder der Lücke allein ecchymosirt, 7 Mal daneben auch Ecchymosen im Trommelfelle vorhanden. In 10 Fällen liessen sich pathologische Veränderungen, meistens chronischen Tuben-Mittelohrcatarrhen entsprechend, nachweisen, in 10 anderen Fällen waren solche Veränderungen am anderen Ohre vorhanden.

Folgende, besonders erwähnenswerthe Krankengeschichten mögen hier angeführt werden:

Frl. N., 19 Jahre alt, klagt über Stechen und Schwerhörigkeit rechterseits, angeblich nach einem Falle auf diese Seite beim Eislaufen. Die Ohrmuschel weist Sugillationen auf. Das Trommelfell zeigt im hinteren oberen Quadranten eine hirsekorngrosse Kalkablagerung, unter dem Umbo eine etwas grössere Narbe und im vorderen unteren Quadranten eine Ruptur. L. besteht Destruction des Trommelfelles.

N. N., Lehrling, stellt sich am 16. Mai mit der Angabe vor, Tags vorher 2 Ohrfeigen erhalten zu haben.

R. Trommelfell von normaler Wölbung, stark entzündet, kurzer Fortsatz noch sichtbar, Hammergriff nur angedeutet, in der unteren Hälfte des Trommelfelles eine linsengrosse Ecchymose, im vorderen oberen Quadranten eine 3 Mm. lange, 1 Mm. breite, glattrandige Perforationsöffnung, durch welche man die normale Paukenschleimhaut sieht; im hinteren oberen Quadranten eine quergestellte, 2 Mm. lange, 1 Mm. breite, von ecchymosirten Rändern eingefasste Perforationsöffnung.

Karl T., 28 J., Knopfmacher aus St. Veit. Seit 8 Tagen am rechten Ohre schwerhörig nach einem Schlage, der von rückwärts auf's rechte Ohr am 25. März von einem Collegen geführt wurde. Er spürte einen Knall, konnte aber weiter nach Hause gehen. Folgender Status wurde aufgenommen: „Trommelfell retrahirt, allenthalben suffundirt, am vorderen unteren Quadranten 2 durch eine schwache von oben nach unten ziehende suffundirte Brücke getrennte Lücken, durch welche hindurch die unveränderte Paukenschleimhaut zu sehen ist.

Uhr ad concham, Valsalva gelingt leicht; Uhr links über $3^1/_2$ Mtr.

15. Mai vollständige Vernarbung des Substanzverlustes.

Alois, Schlosserlehrling, erhielt am 23. August vom Fabrikswächter eine Ohrfeige links; darauf trat Stechen und Schmerz und an demselben Tage noch Ausfluss aus dem linken Ohre auf. Es zeigte sich der Gehörgang mit rein serösem Exsudat erfüllt, das Trommelfell in seiner Wölbung unverändert, geröthet, die Cutisschicht leicht geschwollen, der kurze Fortsatz sichtbar, Hammergriff angedeutet. — Unter dem Umbo fand sich eine schlitzförmige, etwa $1^1/_2$ Mmtr. lange, bis 1 Mmtr. breite Perforationsöffnung radiär gestellt, hinter welcher die Paukenschleimhaut lebhaft geröthet und geschwollen gesehen werden konnte; fortwährend drang unter Pulsation frisches seröses Secret aus dem Ohre. Flüstersprache über 4 Mtr.

(Fortsetzung folgt.)

Statistische Beiträge zur Kenntniss des otitischen Hirnabscesses. Von Dr. Otto Körner. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 29, Heft 1.)

K. hat 100 Fälle von otitischem Hirnabscess im Originale nachgesehen und kam bei der Betrachtung dieser Fälle zu folgenden Resul-

taten. Die Abscesse sassen 62 Mal im Grosshirn, 32 Mal im Kleinhirn, 6 Mal im Gross- und Kleinhirn. Relativ selten fanden sich Kleinhirnabscesse bei Kindern unter 10 Jahren, wahrscheinlich deshalb, weil die Entfernung der Paukenhöhle von der hinteren Schädelgrube beim Kinde grösser ist, als beim Erwachsenen. Männer waren doppelt so häufig erkrankt als Weiber. Unter den 100 Fällen waren 59 rechts, 38 links und 3 beiderseits gelegen. Von grösster Wichtigkeit ist die Thatsache, dass ein recht erheblicher Theil der im Verlaufe einer Ohreiterung zur Entwicklung kommenden Hirnabscesse sehr nahe dem Orte des primären Leidens und nicht selten in nachweisbarer Continuität mit demselben sich fiudet. Daraus ergebe sich die dringende Indication, ausser der Abscessentleerung auch den kranken Knochen zu suchen und zu entfernen. Was ihren Sitz anbelangt, so stellt K. die Regel auf, dass die von einem erkrankten Felsenbeine aus inducirten Hirnabscesse in den demselben benachbarten Gehirntheilen, also im Schläfelappen oder in der Kleinhirnhälfte der gleichen Seite liegen und in der Regel isolirt auftreten. Schläfelappenabscesse waren 16 abgekapselt, 17 nicht, Kleinhirnabscesse 12 abgekapselt, 8 nicht; sonst fehlen diesbezügliche Angaben. Als häufigste Complication des otitischen Hirnabscesses figurirt die Thrombose des Sinus transversus in 26, dann Meningitis in 17 Fällen. Durchbruch in den Seitenventrikel führte in 10 Fällen, in den 4. Ventrikel und den Gehörgang je einmal zum Tode. Was die Differentialdiagnose zwischen den otitischen Abscessen im Schläfelappen und im Kleinhirn anbelangt, so kann schon das Alter hierzu herangezogen werden, da bei Kindern unter 10 Jahren die Grosshirnabscesse 3 Mal so häufig vorkommen, als bei Erwachsenen. Die Erfahrung lehrt ferner, dass Knochenerkrankungen im Bereiche der mittleren Schädelgrube, besonders am Dache der Pauken- und Warzenhöhle, zum Abscess im Schläfelappen, im Bereiche der hinteren Schädelgrube aber zum Kleinhirnabscess führen. Nur 3 Fälle bildeten eine Ausnahme von dieser Regel. Beachtet kann werden, dass Abscesse im Kleinhirn relativ häufiger mit Labyrinthaffectionen combinirt sind, als solche des Grosshirns. Wichtig ist das öftere Vorhandensein einer schmerzhaften Stelle über dem Abscess beim Percutiren. Spontaner Schmerz hat nach K. nur sehr beschränkten Werth für die Localdiagnose. Ebenso kommt Schwindel bei Grosshirnabscessen eben so oft vor, wie bei denen des Kleinhirns; Neuritis optica ist ein häufiges Symptom des Hirndruckes bei otitischen Hirnabscessen. Lichtscheu fand sich selten angegeben, 3 Mal bei Kleinhirn-, 1 Mal bei Grosshirnabscessen. Sprachstörungen kommen nur den Grosshirnabscessen zu und dann nur, wenn sie — Rechtshändigkeit vorausgesetzt — links sitzen. Hemiplegie und Hemiparese fand sich in 6 Fällen bei Abscess im Schläfelappen, bei zweien davon kam dazu gekreuzte Facialis-Lähmung. Einmal fand sich eine solche bei Kleinhirnabscess. Gleichseitige Facialislähmung scheint in einem Falle von Kleinhirnabscess durch Schädigung des Nerven innerhalb der Schädelhöhle bedingt gewesen zu sein.

Den Abschluss dieser werthvollen und dankenswerthen Arbeit bildet das Literaturverzeichniss der gesammelten 100 Fälle. Gomperz.

Ueber Regeneration und Narbenbildung des Trommelfells. Von D. Rumler (Bonn). (Archiv für Ohrenheilk., XXX. Band, 1. u. 2. Heft.)

Die Untersuchungen sind am Kaninchentrommelfelle angestellt und beziehen sich auf einfache Continutätstrennung ohne entzündliche Complicationen und ohne Substanzverlust. (Ueber die Methode der Untersuchungen ist das Original einzusehen.) Es ergab sich, dass die erste Reaction vom äusseren Epithel ausgeht, welches schon nach 6 Stunden Zellenvermehrung zeigt, dass erst nach 48 Stunden das innere (Schleimhaut-) Epithel sich betheiligt, aber mit dauernd geringerer Energie, dass jedoch der Hauptantheil an der Ausgleichung des Defectes dem subepithelialen Bindegewebe zufällt, während die Substantia propria des Trommelfells fast völlig unbetheiligt bleibt und die definitive Narbe derselben entbehrt. Die Vorgänge der Zelltheilung waren auch hier als die einzigste Art der Gewebsregeneration überall deutlich nachweisbar.

Keller.

Ueber die Erkrankungen des Gehörorgans bei Tabes dorsualis. Von L. Treitel (Berlin). (Zeitschr. für Ohrenheilk., XX. Band, 3. u. 4. Heft.)

Tr. untersuchte 20 Tabeskranke, bei welchen er 5 doppelseitige Gehörserkrankungen fand, von denen er aber 3, weil ohne Zweifel zufällige Complicationen, ausscheidet, so dass im Ganzen nur 2 Fälle übrig bleiben, also 10 pCt. der Untersuchten, bei welchen die Ohrerkrankung mit der Tabes in Zusammenhang zu bringen sein dürfte. Bei beiden handelte es sich wahrscheinlich — zur Section ist keiner derselben gekommen — um Betheiligung des schallpercipirenden Apparates bei Mittelohrsclerose, und spricht der Autor die Vermuthung aus, dass „die Hinterstrangsclerose des Rückenmarks nicht ganz selten trophische Störungen im Mittelohre hervorruft, welche zu Hörstörungen führen können". Zwar findet sich in der Literatur, speciell auch in der otiatrischen, nichts derartiges bei Tabes erwähnt, doch glaubt T., dass man bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit bei Sectionen gleichwohl häufiger auf derartige Befunde stossen würde, und citirt 2 Fälle von Gellé und Lucae, welche eine solche Deutung zulassen. Referent ist in der Lage, einen weiteren Fall seiner Beobachtung hinzuzufügen, bei welchem er Gelegenheit zur Section hatte: 50jähriger Tabiker, absolute Taubheit in den letzten Jahren. Beiderseits Mittelohrsclerose, Paukenschleimhaut fast zur Unkenntlichkeit verdünnt, so dass der Knochen wie macerirt aussieht; die Umgebung der Fenestra ovalis hyperostotisch, beide Steigbügel völlig ankylosirt, die Steigbügelplatten mit dem Ringbande zu einer Knochenplatte verwachsen; die Stapesschenkel glasartig hell, leicht zerbrechlich; Bogengänge, Schneckenräume und Vorhof durch Hyperostose verkleinert; Lamina spiralis membran. zeigt Knocheneinlagerungen.

Keller.

Bericht über Verhandlungen in der „Berliner medicinischen Gesellschaft" betreffend die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes und die Perlgeschwulst im Schläfebein. Von Dr. L. Jacobson. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 28, Heft 4.)

Ein kritisches Referat über obengenannte, in der „Deutschen med. Wochenschrift" No. 10—13, 1889 und „Berliner klin. Wochenschrift"

No. 10 u. 11, 1889, in extenso wiedergegebenen Vorträge, aus welchem hervorzuheben ist, dass C. Wolf schon 1877*) ein dem Küster'schen sehr ähnliches Verfahren empfohlen hat, ferner die Thatsache, dass bei Vergleichung der Heilungsresultate die Schwartze'sche Methode der Warzenfortsatzaufmeisselung sich der Küster'schen überlegen zeigt.

Gomperz.

b) Rhinologische:

Ein Nasenstein. (Sur un cas de rhinolithe.) Von Dr. Noquet. (Bull. médical du Nord No. 15.)

Ein 18jähriger Mann zeigt eine asymmetrische Nase mit beiderseitigem Thränenfluss und Verstopftsein nebst stinkendem Ausfluss aus der rechten Nasenhälfte. Der sehr grosse Rhinolith wurde stückweise entfernt; den Kern bildete ein aufgerolltes Stück schwarzer Seide, welches wahrscheinlich während eines Anfalls von Nasenbluten, welch' letzterem Patient als Kind ausgesetzt war, als Tampon in das rechte Nasenloch eingeführt worden war. Bepinselung der wunden Nasenfläche mit 20-procentiger Chlorzinklösung sowie Nasendouchen mittelst Borsäurelösung brachten in 16 Tagen Heilung. Thränenlaufen und Asymmetrie verschwanden.

Dr. P. K.

Ueber einige Complicationen der Operation der adenoiden Pharynxnasaltumoren. (De quelques complications de l'opération des tumeurs adénoides du pharynx nasal.) Von Dr. Cartaz. (Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie No. 14, 1890.)

Die schlimmen Folgen sind Blutungen und Entzündungs- respective Infectionserscheinungen. Die Blutungen sind sehr selten, trotz des Gefässreichthums der adenoiden Tumoren. Verf. konnte nur 10 Fälle von theils primären, theils secundären Blutungen, welche einige Bedeutung hatten, sammeln. Bei Blutern soll man nicht operiren, ebenso nicht während der Menstruation und bei bestehender acuter Pharyngitis. Ganz kalte oder ganz heisse Einspritzungen mit Adstringentien oder auch ohne dieselben, Tamponade des Pharynx per os helfen immer.

Entzündungen des Pharynx, der Mandeln, des Mittelohres mit Fieber sind sehr selten. Man soll nicht gleich nach der Operation zu stark irrigiren oder Luft in die Trompete blasen. Man soll mehrere Tage lang vor der Operation mit Borsäure oder Carbollösung ausspritzen und Gurgeln lassen, mit gut gewaschenen Instrumenten und desinficirtem Fingernagel operiren.

Dr. P. K.

Die Trockenbehandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Von Dr. Bresgen. (Berliner klin. Wochenschrift No. 39, 1890.)

B. beschreibt die von ihm in der Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie des X. internat. med. Congresses vorgezeigten und erläuterten Instrumente, deren er sich bei Eiterungen der Kiefer- und Stirnhöhle zu Einblasungen in dieselben, wie auch für die Nase selbst, bedient. In erstere Höhlen wird Jodol eingeblasen, und zwar täglich und so lange,

*) Berliner klin. Wochenschrift, pag. 205.

bis dasselbe bei der Kieferhöhle durch deren natürliche Oeffnung, bei der Stirnhöhle neben dem Röhrchen herausgetrieben wird. Heilungen wurden schon nach 14 Tagen beobachtet, was bei der früheren feuchten Behandlung niemals vorgekommen sei. Für das Naseninnere, besonders nach Aetzungen oder Galvanocaustik, hat sich Sozojodolkalium bewährt: bei starker Absonderung rein oder mit Jodol āā, bei Krustenbildung mit Borsäure āā. Auch bei Ozaena unterlässt jetzt B. das Ausspritzen der Nase mit Flüssigkeit; dafür wird, nach Entfernung der Borken mittelst wattenumwickelter Sonde, das ganze Innere täglich mit Sozojodolzink (Anfangs 1 : 10 Jodol, falls dies gut vertragen wird 2 : 10 Jodol) bestäubt. Heinze.

Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase. Aus der Königl. Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten. Von Dr. Treitel. (Berliner klin. Wochenschrift No. 16 u. 17, 1890.)

Während schwere Störungen, wie Pyämie und Gesichtsrose, nach Operationen in der Nase seit dem Bestande der Poliklinik nicht vorgekommen sind, ist „verhältnissmässig oft" Angina lacunaris als Nachkrankheit beobachtet worden, und zwar „ungleich häufiger" nach galvanocaustischen Eingriffen, besonders an der unteren Muschel, als nach solchen mit kalten Instrumenten. Der Verlauf derselben war günstig.

Heinze.

Empyem des Antrum Highmori. (Suppuration of the Antrum of Highmore.) Von Moreau R. Brown, Chicago, Ill. (The New-York Med. Journ., 19 Juli 1890.)

Verf. beobachtete in den letzten 18 Monaten 21 (!! Ref.) Fälle von Empyema antri, von denen 9 in Folge einer Erkältung (Schnupfen) entstanden waren, 8 von den Zähnen her, einer durch einen Polypen im Antrum und 3 aus unbekannter resp. zweifelhafter Ursache. Zur Feststellung der Diagnose spricht Br. sich für die bekannten Methoden aus, wie z. B. Probepunction, Durchleuchtung u. s. w., ohne jedoch von letzterer eine richtige Vorstellung zu haben, und fügt noch eine eigene Methode hinzu. Dieselbe besteht darin, dass man nach gehöriger Cocainisirung in den Hiatus semilunaris eine Lösung von Wasserstoffsuperoxyd (1 : 12 aqua) injicirt. Ist Eiter im Antrum vorhanden, so wird derselbe in Form eines weissen Schaumes herausgetrieben und der Patient klagt über leichte Schmerzen in der Wange. Die Operation, welche Br. vorschlägt, ist die Eröffnung des Antrum vom oberen Theil der Alveole oder gerade oberhalb der Alveole. Die Vorzüge bestehen darin, dass man die tiefste Stelle des Antrum trifft und dabei doch keinen Zahn zu opfern braucht.

W. Fr. (N.-Y.)

Rhinitis fibrinosa. (Pseudo-Membranous Rhinitis.) Von Henry Dwight Chapin, New-York. (The N.-Y. Med. Journ., 21. Juni 1890.)

An der Hand von 2 selbst beobachteten Fällen erörtert Verf. die Frage über den Zusammenhang dieser Krankheit mit Diphtherie und spricht sich in negativem Sinne aus. Die Diagnose sei per exclusionem zu machen und das Vorkommen überhaupt ein sehr seltenes. (Wiewohl Ref. in 5 Jahren nur einen derartigen Fall gesehen hat, kann er sich

doch nicht der letzteren Ansicht anschliessen. Die zuweilen äusserst geringen Beschwerden veranlassen wohl nur in seltenen Fällen die Hinzuziehung eines Arztes. Ausserdem könnte das nicht so seltene Vorkommen von Verwachsungen der mittleren Muschel mit dem Septum doch vielleicht als eine Folgeerscheinung der Rhinitis fibrinosa angesehen werden. Ref.)

W. Fr. (N.-Y.)

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ein Beitrag zu den Verletzungen des Cavum pharyngeum. Von Dr. Emil Aronson in Libau. (St. Petersburger Med. Wochenschr. No. 36, 1890.)

Die durch unglücklichen Zufall veranlasste Schussverletzung betrifft einen Förster, welcher sich dieselbe mit einem selbstgefertigten Gewehre zuzog. Rechterseits an der hinteren Rachenwand, in der Gegend der Mm. constrictor pharyng. sup. und med. sass das Projectil, welches Verfasser mit einem Langenbeck'schen Wundhaken heraushebelte, wo es in schräger Richtung eingewühlt war. Auffallend war, dass Patient trotz eines Zeitraumes von mehr als 12 Stunden den Fremdkörper im Halse gar nicht spürte und auch keine Schmerzen beim Schlingen hatte.

Szenes.

Ueber die Stellung der Stimmbänder beim ruhigen Athmen beim Menschen und über den Reflextonus ihrer Abductormuskeln. (On the position of the vocal cords in quiet respiration in man and on the reflextonus of their abductor muscles.) Von Dr. F. Semon, London. (Proceedings of the royal Society, Vol. 48, 1890.)

Es finden sich drei Ansichten über die Stellung der Stimmbänder bei ruhigem Athmen beim Menschen in der Literatur: 1) Rhythmisches Oeffnen und Schliessen der Glottis. 2) Ein Zustand der Ruhe bei weiterem Offenstehen der Glottis. 3) Die Glottis steht bei ruhigem Athmen in der Cadaverstellung. Die erstere Ansicht ist nach Beobachtungen bei Thieren einfach auf den Menschen übertragen worden. Sie findet sich aber nur in etwa 20 pCt. Der Unterschied zwischen der zweiten und dritten Ansicht ist von grosser Bedeutung, da, wenn die dritte Ansicht die richtige wäre, der Kehlkopf beim Athmen eine ganz passive Rolle spielen würde. Ist dagegen die Ansicht Rosenthal's, Vierordt's und Mackendrick's richtig, dass die Glottis in dem Falle weiter sei, als nach dem Tode, so fällt dem Kehlkopf eine wesentliche Rolle beim Athmen zu, indem dann die Erweiterer die Glottis offen erhalten. Sie gehören dann zu den ordentlichen Respirationsmuskeln und es kommt ihnen eine wesentlich bedeutendere Stelle zu, als ihnen bisher eingeräumt wurde. Verf. beweist nun diese Ansicht durch die Anführung von glaubwürdigen Beobachtern, durch directe vergleichende Messungen der Glottisweite bei ruhigem Athmen und nach dem Tode und durch die Ergebnisse von Versuchen an Thieren.

Unter allen Beobachtern behauptet nur Lennox Browne, dass die Glottis beide Male dieselbe Weite habe, alle Anderen sprechen sich dafür aus, dass sie nach dem Tode weniger weit sei. Bei den directen Messungen muss man in Betracht ziehen, dass dabei die Lichtstrahlen nach

dem Auge des Beobachters zusammenlaufen, wodurch die Glottis auf dem Spiegel etwas kleiner erscheint. Verf. hat diesen Unterschied bei Männern im Verhältniss von 1 : 1,36, bei Weibern von 1 : 1,27 gefunden. Durchschnittlich ist also die Glottis 5 Mm. weiter, als das Spiegelbild. Das Maximum bei Männern fand er zu 14 Mm. (einer wirklichen Weite von 19 Mm. entsprechend) und bei Weibern 12 Mm., das Minimum bei beiden 7 Mm. Die Weite der Cadaverstellung ist bei Männern 6—3, bei Weibern 6—2 Mm. (Bei diesen Verschiedenheiten ist auch der Ausdruck Cadaverstellung nicht mehr aufrecht zu erhalten.) Bei ruhigem Athmen ist also die Glottis mindestens doppelt so weit, als nach dem Tode.

Die Versuche von Durchschneidung der motorischen Kehlkopfnerven bei Thieren ändern sehr je nach dem Alter des Thieres und der Art. Verf. sucht den Unterschied in der geringeren Weite der Glottis, welche ohnehin das Lumen der Luftröhre mehr als ein Drittel verengert, bei jüngeren Thieren (auch bei Kindern). Die Versuche sind daher nur mit Vorsicht auf den Menschen zu übertragen. Soviel ergebe sich aber doch aus den mitgetheilten Beobachtungen schon aus dem Anfang dieses Jahrhunderts (Legallois), dass die Durchschneidung eine Verengerung der Glottis hervorrufe gegenüber der Stellung beim ruhigen Athmen.

Verf. beweist dann seine Ansicht, dass die Stellung durch eine active Muskelthätigkeit der Erweiterer bedingt sei, durch anatomische physiologische und klinische Thatsachen, aus welchen Ref. nur hervorheben will, dass Menschen mit Fixirung der Stimmbänder in der sogen. Cadaverstellung, auch wenn sie langsam eingetreten wäre, was immer einen bedeutenden Unterschied in Bezug auf die Beschwerden macht, höchstens bei ruhiger Lage des Körpers keine Beschwerden im Athmen haben, dass diese aber bei Bewegungen sofort eintreten. Dass auch bei Kindern in Folge der oben schon erwähnten grösseren Enge der Glottis durch einseitige Recurrenslähmung grössere Beschwerden eintreten, wie bei Erwachsenen, beweist ein von Sommerbrodt mitgetheilter Fall. Die Ansicht Rosenbach's, dass die Ab- und Adductoren als die Extensoren und Flexoren anzusehen seien, dass beide beständig Nervenimpulse empfingen und dass nur die Abductoren überwiegen, weil sie die stärkeren seien, ist unhaltbar, da sonst bei functionellen Lähmungen der Schliesser die Glottis weiter sein müsse, als normal, was aber die klinische Beobachtung nicht bestätigt. Ausserdem sind sie nicht stärker, ihre Kraft erlischt auch früher, als die der Adductoren. Namentlich aber giebt auch die Reizung des durchschnittenen Nerven eine Medianstellung des Stimmbandes, was nicht sein könnte, wenn die Erweiterer stärker wären. Wahrscheinlicher besteht von Anfang an eine Differenzirung der phonatorischen und der respiratorischen Muskeln. Die letzteren sind bei dem Athmen allein thätig und in einem andauernden Zustand des Semmitonus, um die durch Einfügung des Phonationsapparats hervorgebrachte Verengerung des Luftrohres auszugleichen. Durch weitere Thierversuche glaubt er noch, zu beweisen, dass dieser Tonus ein Reflextonus ist, der dem Centrum in der Medulla auf den Bahnen des Vagus, aber nicht ausschliesslich auf diesen zugeführt wird. Er kommt am Ende zu folgenden Schlüssen: 1) Die Glottis ist beim Menschen während des ruhigen Athmens weiter offen, als nach Durchschneidung des Vagus oder Recurrens oder als nach dem Tode. 2) Dieses Weiteroffenstehen ist das

Ergebniss einer andauernden Thätigkeit der Musc. cricoarytänoidei, diese sind also regelmässige Athemmuskeln. 3) Die Thätigkeit dieser Muskeln ist bedingt durch tonische Impulse, welche ihre ganglionären Centren von den benachbarten respiratorischen in der Medulla oblongata erhalten. Wahrscheinlich gehen diese Impulse rhythmisch durch bestimmte zuführende Fasern, welche hauptsächlich, aber nicht ausschliesslich in dem Nervus vagus verlaufen, sie werden in dem respiratorischen Centrum in tonische Impulse verändert. 4) Trotz ihrer besonderen Innervation sind die Abductoren schwächer wie die Antagonisten. 5) Diese Antagonisten haben von vorn herein nichts mit der Respiration zu thun, sie dienen in der Regel nur der Phonation. Ihre respiratorische Thätigkeit ist auf den Schutz vor dem Eindringen von Fremdkörpern und die Form von Exspiration beschränkt, welche wir beim Husten und Lachen kennen.

Dr. M. Schm.

Die Behandlung der Kehlkopf-Tuberculose. Vorgetragen in der königl. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest am 22. Februar 1890 von Dr. Josef M. Neumann, Budapest. (Orvosi hetilap No. 15 u. 16, 1890. — Pester med.-chirurg. Presse No. 27—29, 1890.)

Verf. theilt die gegen Larynx-Tuberculose empfohlenen und angewendeten Mittel ihrer Natur und Wirkung nach in adstringente, antiseptische, analgetische und chirurgische Mittel ein; die Adstringentia finden ihre Anwendung bei den Catarrhen des Larynx und der Trachea, die Antiseptica bei offenen Ulcerationen, die Analgetica bei den schmerzhaften Endstadien und die chirurgische Behandlung geschieht zum Zwecke der Radicalheilung, oder als Palliativum: die Tracheotomie.

Den mit Lungenspitz-Catarrhen einhergehenden Kehlkopf- und Luftröhren-Catarrh hält Verf. für keine eigentliche Tuberkel-Krankheit, sondern nur für eine Theilerscheinung der Inclination für Catarrhe eines tuberculösen Individuums, und wird deshalb dieser, sowie andere Catarrhe, mit Adstringentien behandelt. Die von Verf. als antiseptisch bezeichnete Behandlungsmethode besteht in Anwendung solcher Mittel, die von ihren Fürsprechern zumeist als die Geschwüre heilende empfohlen wurden. Als solches wurde das Jodoform bei etwa 60 Kranken mit zufriedenstellendem Erfolge angewendet, und konnte sich Verf. mehrere Male auch von der schmerzstillenden Wirkung überzeugen, die manches Mal sogar die Wirkung des Cocain übertraf. — Jodol wurde bei nahezu 300 Kranken, bei ausgebreiteten Verschwärungen im Kehlkopf und am Kehldeckel mit vorgeschrittenem Lungenprocess, eingeblasen, die Wirkung war eine ähnliche, jedoch schwächere, als vom Jodoform. Vom Menthol wurde kein besonders günstiger Erfolg beobachtet.

Als Analgetica werden die Cocain-Einpinselungen erwähnt, die rasch und zart auszuführen sind, diesen folgte nach 5 Minuten eine Jodoform- oder Jodol-Einblasung, um die momentane Wirkung mit einer ständigeren zu verbinden. Ferner bei Dysphagie und Athemnoth kalte und Eisumschläge und Eispillen, wenn nämlich die Kälte keinen Hustenreiz bewirkte.

Zur chirurgischen Behandlung zählt Neumann all' die Eingriffe, mit welchen die kranken Parthien von gesunden, sei es auf chemischem, sei es auf mechanischem Wege, getrennt werden. Hier er-

wähnt Verf. unter Anderem die Milchsäure, die in seinen Fällen nicht blos die oberflächlichste Schicht zerstörte, sondern auch nach der Tiefe und Umgebung diffundirte, und anders könnte er auch nicht die Verwandlung des Geschwürs in einen viel grösseren, aber reinen Defect erklären. Und wenn auch nicht alle Fälle günstig verliefen, so soll doch die Milchsäure-Behandlung in jedem Falle umschriebener tuberculöser Larynx-Geschwüre versucht werden, insolange noch keine Perichondritis mit Oedem oder kein stetiges Fieber mit Kräfteverfall aufgetreten ist. — Für das Curettement hält Verf. jene Fälle am geeignetsten, wo es sich um ein zu zerfallen beginnendes oder granulirendes, der Milchsäure widerstehendes, umschriebenes Infiltrat handelt. Der betreffende Kranke muss bei Kräften sein, um das gewonnene Resultat geniessen zu können. — Der Tracheotomie schreibt Neumann auch auf Grund seiner eigenen Erfahrungen eine wohlthuende Wirkung auf die Larynx-Tuberculose zu, nur ist es fraglich, ob sie auch für Fälle ohne Stenose des Kehlkopfs indicirt wäre, wie sie Schmidt für schwere Fälle von Larynx-Tuberculose bei relativ guten Lungen vorschlägt. Szenes.

Zur Pathologie der Tracheo- und Broncho-Stenose. Von Dr. Landgraf. (Deutsche med. Wochenschrift No. 3, 1890.)

Nach Erörterung der Symptomatologie, wobei die Nothwendigkeit des Versuchs der Tracheoscopie in allen Fällen betont wird, um den Sitz der Stenose zu eruiren, und nach Aufzählung der verschiedenen Ursachen der Stenose (einfache oder bösartige Strumen, Anschwellung der Lymphdrüsen an Lungenwurzel, Bifurcation und im Mediastinum, Mediastinaltumoren, Aortenaneurysmen, Syphilis, Carcinom, Sarcom, Polypen, chronische Blennorrhoe, chronische Hypertrophie der Wandungen, Fremdkörper) wird ein Fall von Trachealstenose mitgetheilt, welche L. auf hysterischen Ursprung zurückführt. Der 31jährige, seit ca. 1½ Jahr heisere, seit ¼ Jahr zunehmende Athemnoth zeigende, leicht erregbare Mann hatte lautes in- und exspiratorisches, bei Auflegen des Fingers auf die Trachea als Schwirren fühlbares Stenosengeräusch. Laryngoscopisch zeigte sich Röthung der nicht geschwollenen Stimmbänder und eine „hysterische Stimmbandlähmung". Der Kranke konnte willkürlich die Epiglottis aspiriren, die aryepiglottischen Falten in starke Schwingungen versetzen, wobei die Spitzen der Aryknorpel „ganz nach vorn in den Kehlkopf hineinsanken" und hierdurch das inspiratorische Schwirren erzeugten. Eine Sondirung der Trachea und der Bronchien, wobei die Sonde 39 Ctm. tief in den rechten, 35 Ctm. tief in den linken Bronchus eingeführt wurde, stiess auf kein Hinderniss, verschaffte aber sofort wesentliche Erleichterung. Nach 2maliger Wiederholung der Sondirung verschwanden die stenotischen Erscheinungen innerhalb 14 Tagen vollständig, und waren auch 7 Monate später noch nicht wiedergekehrt. Bezüglich der Entstehung der Stenose citirt L. nach Henle den Satz: „dass die hintere häutige Fläche der Trachea, welche gewöhnlich eine ebene Fläche bildet, wenn die Quermuskeln derselben sich contrahiren, in Form eines Längswulstes in die Trachea hervorrage," und glaubt, dass es plötzlich bei dem „hysterischen" Manne zu einer Contraction der Tracheal- und Bronchialmuskeln gekommen sei. Heinze.

Notiz.

Während des X. internation. med. Congresses in Berlin hatten die Theilnehmer der otiatrischen Section einstimmig beschlossen, dem Geschäftsführer dieser Section, Herrn Prof. A. Lucae, der um diese Zeit sein 25jähriges Docenten-Jubiläum beging, dadurch ihre Anerkennung an den Tag zu legen, dass sie ihn zum Präsidenten der Section erwählten und zur geeigneten Zeit ein Album mit den Photographien sämmtlicher Theilnehmer der Section überreichen wollen.

Diesem Beschlusse gemäss überreichten die Mandatare der Section, die Herren DDr. San.-Rath Dennert als der älteste und Jansen als der jüngste der Assistenten Prof. Lucae's — der jetzige langjährige klin. Assistent Dr. Jacobson war durch einen Trauerfall in seiner Familie verhindert —, sowie der Secretair der Section, Herr Dr. Krakauer, Herrn Prof. Lucae am 4. d. Mts. das Album, ein Meisterwerk modernen Kunstgewerbes, mit den Photographien, wobei Dr. Dennert in einer gelungenen Ansprache die Verdienste des Jubilars zur Geltung brachte und Dieser in seiner Antwort den Collegen seinen herzlichen Gruss und Dank aussprach mit der Versicherung, nach wie vor seinem otiatrischen Berufe zu leben und nach wie vor seine Kräfte in den Dienst der Wissenschaft stellen zu wollen.

Berichtigung.

In No. 12 der Monatsschrift Seite 359, Zeile 12, soll es statt „Schleimhaut der Paukenhöhle" heissen „Epidermis".

III. Inserate.

60 Specialabhandlungen aus dem Gebiete der Otologie. Preis 25 Mark.
Gustav Fock, Leipzig, Neumarkt.

INHALT.

I. Originalien: Kiesselbach: Stimmgabel und Stimmgabelversuche. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin (Fortsetzung). — Przedborski: Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken (Fortsetzung). — Körner: Statistische Beiträge zur Kenntniss des otitischen Hirnabscesses. — Rumler: Ueber Regeneration und Narbenbildung des Trommelfells. — Treitel: Ueber die Erkrankungen des Gehörorgans bei Tabes dorsualis. — Jacobson: Bericht über Verhandlungen in der „Berliner medicinischen Gesellschaft" betreffend die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes und die Perlgeschwulst im Schläfebein. — b) Rhinologische: Noquet: Ein Nasenstein. — Cartaz: Ueber einige Complicationen der Operation der adenoiden Pharynxnasaltumoren. — Bresgen: Die Trockenbehandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. — Treitel: Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase. — Brown: Empyem des Antrum Highmori. — Chapin: Rhinitis fibrinosa. — c) Pharyngo-laryngologische: Aronson: Ein Beitrag zu den Verletzungen des Cavum pharyngeum. — Semon: Ueber die Stellung der Stimmbänder beim ruhigen Athmen beim Menschen und über den Reflextonus ihrer Abductormuskeln. — Neumann: Die Behandlung der Kehlkopf-Tuberculose. — Landgraf: Zur Pathologie der Tracheo- und Broncho-Stenose. — Notiz. — Berichtigung. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, Februar 1891.** **No. 2.**

I. Originalien.

Die Accumulatoren im Dienste der Laryngologie etc.

Von

Dr. med. **W. Lamann** in St. Petersburg.

Welche Bedeutung man den Accumulatoren als Errungenschaft in der Electrotechnik zuspricht, ersieht man aus der Sorgfalt und Liebe, mit der sich Gelehrte und Electrotechniker in den beiden letzten Decennien an das Studium und die Vervollkommnung dieser Apparate gemacht haben.

Tweritinoff[1]) beschreibt im Jahre 1888 — zum Theil mit Abbildungen — nicht weniger als 25 verschiedene Arten von Accumulatoren, die den Namen ihrer Erfinder tragen. Seit der Zeit ist ihre Zahl bedeutend grösser geworden. Mit jedem Jahre erschliessen sich neue Gebiete, auf denen die Accumulatoren zu diversen Zwecken, im Krieg und Frieden, Anwendung finden. Nur die Medicin, sicher aber unser Specialgebiet, hat sich in einem bedeutenden Grade diesem Fortschritt verschlossen. Dieser Umstand erscheint um so auffallender, als manche Schattenseiten der Accumulatoren, die auf andern Gebieten die Einführung dieser Apparate paralysiren, in unserem Specialfach gar nicht in Betracht kommen.

[1]) Tweritinoff: Die electrischen Accumulatoren, deren Formirung und Benutzung. St. Petersburg 1888 (in russischer Sprache).

Auf der russischen, von den grössten Firmen so reich beschickten Ausstellung für Hygiene und Medicin in St. Petersburg im Januar 1889 fand ich die Accumulatoren sehr schwach vertreten. „Dieselben würden von den Aerzten nicht verlangt", — ward mir wiederholt der Bescheid. Und wie steht es mit dieser Frage etwa in Deutschland? — Meines Wissens auch kaum anders. Bei meiner mehrmonatlichen Anwesenheit im vergangenen Jahre auf den Kliniken einer deutschen Hochschule habe ich von Accumulatoren Nichts gesehen. Dort auch bin ich mit Aerzten aus aller Herren Ländern zusammengekommen. Ich versäumte nicht, wo ich konnte, bei den Herren Collegen Erkundigungen über diese Apparate einzuziehen. Was ich zu hören bekam, bestätigte nur meine Ansicht, dass die Accumulatoren in unserem Fach viel zu wenig Beachtung gefunden haben. Ich will nicht bestreiten, dass hier und dort einzelne Collegen die Bedeutung der Accumulatoren nicht nur richtig gewürdigt haben, sondern sich auch ihrer bedienen, und zwar in dem Umfange, wie ich die Benutzung dieser Apparate sehen möchte. Es ist ja auch schon in der medicinischen Presse darauf hingewiesen worden. So ist in dieser Monatsschrift im Octoberheft 1883 von Dr. L. Bayer[2]) in Brüssel ein darauf bezüglicher, äusserst lesenswerther Artikel zu finden. Einen entschiedenen Erfolg haben die Accumulatoren jedoch bis jetzt sicher nicht aufzuweisen.

Zu Anfang des Jahres 1886 machte in meinem Beisein mein verehrter Chef und Lehrer, Dr. V. Müller, die ersten seiner Versuche mit der Anwendung der Accumulatoren in der Galvanocaustik. Die Bequemlichkeit und Eleganz beim Gebrauch derselben war in der ersten Sitzung entscheidend und der Ankauf der Accumulatoren sofort beschlossen. Seit der Zeit arbeiten wir ununterbrochen mit Accumulatoren, Dr. V. Müller — mit einer gemischten Batterie von Planté und Faure, ich — ausschliesslich mit Planté, die selbst herzustellen (zu „formiren") ich gelernt habe.

Wenn ich gegenwärtig in dieser Frage das Wort ergreife, so ist es, weil ich mich nach mehr denn vierjähriger Erfahrung mit dem Formiren, Umgang und Arbeit der Accumulatoren gewissermaassen verpflichtet fühle, den Herren Collegen das Resultat dieser Erfahrung zu unterbreiten.

Ehe ich zu einigen speciellen Fragen Stellung nehme, erlaube ich mir, hier in grossen Strichen die Accumulatoren zu skizziren. Mag dabei der Kenner auch nichts Neues herausfinden, so kann ich doch nicht umhin, hauptsächlich die practische Seite, die Vorzüge und Nachtheile dieser Apparate hervorzuheben. Ich übergehe die Formirungsidee und die chemischen Processe, die bei der Ladung, dem Ruhezustand und der Entladung der Accumulatoren vor sich gehen, welche Processe sehr complicirter Art und noch bis jetzt nicht definitiv in's Klare gebracht sind. Darüber muss sich der sich dafür Interessirende in speciellen Werken informiren[3]). Eine sehr lesenswerthe historische Skizze und kurze Erörterungen einiger Hauptfragen findet man in dem genannten Artikel von Dr. L. Bayer.

---

[2]) Dr. L. Bayer: Accumulator und Galvanocaustik.

[3]) Sehr zu empfehlen wäre die detaillirte Beschreibung in dem Werke „Recherches sur l'électricité", par Gaston Planté. Paris 1879.

Die Accumulatoren oder richtiger „Secundärelemente“[4]) sind, wie bekannt, an sich keine primären Stromerzeuger. Nur nach einem durch dieselben geleiteten Strome von einer gewissen Spannung erscheinen sie chargirt.

Diese elektrische Ladung halten Accum. aller Systeme viele Wochen hindurch (allerdings immer schwächer werdend), um bei Kettenschluss zu jeder Zeit ihrerseits einen Strom zu erzeugen. Die Accum. sind also nur Vermittler des Stromes, und zwar recht theure Vermittler, weil dabei 20—30 pCt. der ursprünglich angewandten Energie verloren geht. Dieser Umstand bildet sicher eine Schattenseite der Accum., denn er vertheuert entschieden den Gebrauch derselben. Doch ist dieser Umstand nur dort zu berücksichtigen, wo enorme Massen von Elektricität in Anwendung kommen, z. B. bei Beleuchtung öffentlicher Gebäude. In unserem Fach, wo wir selbst bei elektrischer Beleuchtung nur „im Kleinen“ arbeiten, d. h. einer verhältnissmässig geringen Coulombzahl bedürfen, ist dieser Verlust nicht ernst zu nehmen. Wenn ich meine 4—5 Accum. Planté[5]) mit zwei Bunsen'schen Kalibichromatelementen lade, so beträgt der Kostenpreis einer jeden Ladung, wenn ich haushälterisch walte (die Abnutzung der Primärelemente mitgerechnet) höchstens den eines Liters Bier — um mich eines internationalen Maasses zu bedienen. Was thut es weiter, dass ich dabei vielleicht volle 30 pCt. der ursprünglichen Energie verliere, wenn mir die Ladung nur gute Dienste leistet. — Die electromotorische Kraft der Accum. wird mit 1,85 Volts ausgedrückt. Sofort nach der Ladung ist diese Kraft noch höher — 2,2[6]). Doch fällt sie

---

[4]) Die Secundärelemente führen eigentlich fälschlich den Namen „Accumulatoren“, siehe Dr. R. Lewandowsky: Electrodiagnostik und Electrotherapie. 1887. Seite 17.

[5]) Die Accum. Planté, wie ich sie mir formire, bestehen aus zwei Bleiplatten, eine jede von 63 Ctm. Länge bei 13 Ctm. Breite. Untergebracht sind dieselben in Glascylindern von 17 Ctm. Höhe und 11 Ctm. Durchmesser. Ich benutze dickere Bleiplatten, als sie ursprünglich von Planté empfohlen, nämlich 2,0—2,8 Mmtr. — Warum arbeite ich mit Planté und nicht mit Massenaccumulatoren, die doch gegenwärtig fast ausschliesslich im Gebrauche sind? Eigentlich beruht das auf Liebhaberei, denn man kann sowohl zu Gunsten des Massenaccum. (Faure, Gadot, Nézeraux, Hering u. a.), als auch zu Gunsten der superficiellen Accum. (Planté, Kabath) Manches vorführen. Die Massenaccum. fassen allerdings im Vergleich zu Planté eine grössere Coulombzahl (was namentlich bei Beleuchtungszwecken zu berücksichtigen wäre). Die Massenaccum. lassen sich bequem in 2—3 Wochen formiren, während ein Planté wohl kaum früher als in einem halben Jahre hergestellt werden kann, dementsprechend auch theurer ist. Andererseits sind alle Fachmänner voll des Lobes über die Leistungsfähigkeit eines regelrecht formirten Planté's hinsichts grösserer Dauerhaftigkeit. Die Bleihyperoxydmasse, weil chemisch erzeugt, löst sich hier schwieriger ab, als bei den Massenaccumulatoren.

[6]) Hier möchte ich auf einen Irrthum hinweisen, der Dr. L. Bayer unterlaufen ist, eine grosse practische Bedeutung hat und den Leser seines Artikels irre führen könnte. Er sagt S. 194: „Nach meiner Erfahrung ist sehr anzurathen, die Accum. nicht gleich nach der Chargirung za benutzen, sondern dieselben ein paar Tage in Ruhe zu lassen.“ Der Nichtberücksichtigung dieses Umstandes hätte er es zuzuschreiben, dass im Beisein Voltolini's beim Experimentiren mit den Accum. das gewünschte Resultat ausblieb. Nun, es könnte ja mehr als eine Ursache geben, weshalb die Sache mit einem angeblich char-

schnell, schon nach 2 — 3 Minuten, bis auf die angegebene Voltenzahl, bleibt aber auch dafür dauernd auf dieser gleichen Höhe. Die Accum. geben somit einen gleichmässigen, mit der Tauchbatterie gar nicht zu vergleichenden Strom. Graphisch ausgedrückt, ist die Curve der Stromstärke einer beliebigen Tauchbatterie in beständigem und zwar rapidem Sinken begriffen, natürlich in Folge der Polarisation, die im Accum. wenig zum Ausdruck kommt. Polarisationslose Batterien in bequemer Form giebt es bis jetzt nicht, trotz des vielen Lärms. Dieser Umstand giebt den Accum namentlich zu Beleuchtungszwecken vor den Tauchbatterien einen enormen Vortheil, denn Gleichmässigkeit des Stromes ist hier von der grössten Bedeutung. — Eine Tauchbatterie nutzt sich um so mehr ab, je mehr man mit ihr arbeitet. Ein Accum. hingegen wird durch seine Benutzung von Jahr zu Jahr entschieden besser, d. h. er fasst eine stets steigende Coulombzahl einerseits, andererseits hält er die Ladung länger. Die gesammte Arbeitsdauer mancher Accum. soll 3000 Arbeitsstunden betragen. Doch werden diese Apparate in den Händen des Arztes selten an „Erschöpfung", d. h. vollständiger Hyperoxydation der positiven Platte, zu Grunde gehen, denn eine Arbeitsdauer von 3000 Stunden ist bei uns selbst bei Beleuchtungszwecken nicht so leicht zu erreichen. Oefters wird der Grund der Arbeitsunfähigkeit des Apparates anderswo zu suchen sein.

Die beiden Polausleitungen, die durch den Deckel heraustreten, bilden mit den Bleiplatten ein Ganzes. Die Praxis zeigt nun, dass die 10procentige Schwefelsäurelösung des Accum. diese Polleitungen, hauptsächlich im Niveau der Flüssigkeit, mit den Jahren so stark angreift, dass diese total morsch werden und die Leitung unterbrochen wird. Das sind mit die schlimmsten Fälle, denn wenn diesem noch abgeholfen werden kann, so ist das doch nur von kunstgerechten Händen zu erwarten. Doch giebt es noch andere Zufälle. So nimmt mit der Arbeitsdauer in Folge der Hyperoxydation die Dicke der positiven Platte zu. Liegt nun die negative Platte in nächster Nähe der positiven, so kann in Folge der Volumenzunahme ein oft schwer zu beseitigender Contact entstehen. Ungefährlich ist es, wenn sich ferner, namentlich bei zu starken Strömen beim Laden, durch übermässige Gasbildung oder auch aus andern Gründen, kleinere oder grössere Plättchen oder Stücke von der Bleihyperoxydmasse loslösen, mit beiden Polen in Contact kommen und wenn sie namentlich durch den Wasserstoff der negativen Platte zum Theil reducirt werden — eine mehr oder weniger schnelle Entladung hervorrufen.[7])

---

girten Accum. nicht „klappt". — Es ist gerade das Gegentheil zu behaupten. Als mir vor einigen Jahren noch nicht so viele Accum. zur Verfügung standen, wie jetzt, war ich öfters auf die höchste electromotorische Kraft eines einzigen Accum. angewiesen (z. B. um einen massiv gearbeiteten Cauter mit einem Accum. zum Glühen zu bringen). In solchen Fällen löste ich den Accum. aus seiner Verbindung mit den Bunsen'schen Elementen erst in dem Moment, wo Alles zur Operation bereit war, bis auf das Anschrauben der Leitungsdrähte an den Accum. Es besteht gar kein triftiger Grund, dem frisch chargirten Accum. eine Ruhepause zu gönnen; er kann sofort benutzt werden.

[7]) Um dem abzuhelfen, genügt es meistens, den Accum. aus dem Gefäss herauszunehmen nnd ihn unter dem kräftigen Strahl einer Wasserleitung gründlich auszuwaschen. Diesem Vorkommnisse vorbeugend, beobachte ich Folgendes:

— Während eine jede Tauchbatterie mit der grössten Sorgfalt behandelt werden will, hat man sich um das Innere eines Accum. monatelang gar nicht zu kümmern. Die beiden zum Laden nöthigen Bunsen'schen Kalibichromatelemente brauchen gar nicht so sehr sauber gehalten zu werdeu. Man thut nur gut, um der Crystallisation des Chromalauns in den Thoncylindern und dem daraus resultirenden Platzen derselben vorzubeugen, sie stets im Wasser zu halten. Wie Dr. L. Bayer richtig hingewiesen hat, kann man einen Accum. auch mit anderen Elementen (Meidinger, Daniell, Poggendorf u. a.) laden, nur müssen stets so viele dieser Elemente genommen werden, dass ihre gesammte electromotorische Kraft grösser ist, als die eines Accum., d. h. 2,2 Volts übersteigen. — Wie ich mich überzeugt habe, ist unter den Herren Collegen die irrige Ansicht stark vertreten, dass man zum Chargiren nur Dynamomaschinen verwenden könne. Man ist der Meinung, die Ergebnisse der allgemeinen electrotechnischen Praxis in der Frage der Chargirung direct oder in toto auf unser Specialgebiet übertragen zu können. Die Electrotechnik weist, und mit Recht, die Chargirung der Accum. durch Primärelemente im Allgemeinen als enorm kostspielig von der Hand. Dabei hat der Electrotechniker jedoch nicht das Arbeitszimmer des Arztes, sondern die Anwendnng der Accum. als treibende Kraft oder zur Beleuchtung öffentlicher Gebäude, Schiffe etc. im Auge. Wir müssen nicht vergessen, dass wir „im Kleinen" arbeiten und daher der Verbrauch der Chemicalien die Sache durchaus nicht so sehr vertheuert. Es wäre sogar unmöglich, dass der Transport und die Chargirung auf einer Centralstation einiger kleiner Accum., im Gewicht von etwa 6—8 Kgrmm. jeder — was für unsern Zweck vollkommen ausreicht — sogar theurer kosten würde, als die Ladung mit einem chemisch erzeugten Strome. Dass die Chargirung grösserer Accum. auf Centralstationen billiger zu stehen kommt, will ich durchaus nicht bestreiten. Ich habe hier nur im Auge, darauf hinzuweisen, dass wir für unsere Zwecke ganz gut mit chemisch erzeugtem Strome auskommen können und nicht erst mit der Anwendung der Accum. so lange zu warten brauchen, bis eine Centralstation zur Disposition steht. (Schluss folgt.)

Bericht
über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin.

Von
Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Schluss.)

35) Secchi (Bologna): Experimentale Untersuchungen zur Physiologie des mittleren Ohres.

Die Mechanik der Gehörknöchelchen ist trotz der bewunderungs-

---

Sobald ich merke, dass beim Chargiren die Gasentwickelung zu lebhaft wird, schalte ich schnell noch einen zweiten Accum. ein — indem ich sie natürlich gleichnamig (nebeneinander) zur Kette verbinde —, um den Strom um Einiges abzuschwächen.

würdigen Arbeiten Helmholtz's nicht in der Weise erforscht, um viele Vorgänge, denen wir in der Heilkunde begegnen, zu erklären. Dies bewog S. zu den Forschungen, die er im physiologischen Laboratorium zu Bologna anstellte. Die Experimente sind an Katzen und Hunden gemacht, und zwar folgendermaassen: Nachdem das Thier fixirt und ihm der Luftröhrenschnitt gemacht und auch eine Canüle in den oberen Theil der Trachea eingelegt wurde, um gewünschten Falles constatiren zu können, ob die Nasenwege frei wären, hat S. die Bulla ossea freigelegt und in eine darin angebrachte und in die Höhlung dringende Oeffnung eine luftdicht abschliessende Canüle geschraubt und daran ein Alcohol-Manometer angebracht. — Das Ergebniss der Beobachtungen war:

a) Die Luft der Trommelhöhle steht nicht im Gleichgewicht des Druckes mit der äusseren Luft, sondern unter einem etwa 3 Mmtr. Alcohol höheren Druck. — b) Dieser Druck wird gewöhnlich durch das Schlucken veranlasst, kann es jedoch auch durch die Thätigkeit der Muskeln der Trommelhöhle werden. — c) Zuerst ergiebt sich beim Schlucken gewöhnlich eine Abnahme des Druckes von ca. 1 Mmtr., auffallender, wenn die Luft in der Höhle zuvor künstlich unter dem gleichen oder einem geringeren Druck als der äussere gebracht ist, sodann steigt der Druck plötzlich auf ungefähr + 3 Mmtr., was der Thätigkeit der Muskeln der Tuba zuzuschreiben ist. — d) Der endotympanische Druck erhöht sich bei jedem, auch dem leisesten Ton, der die Aufmerksamkeit des Thieres, an dem experimentirt wird, auf sich zieht, während er unverändert bleiben kann bei selbst lauteren, aber dem Thiere wohlbekannten Tönen. — e) Der endotympanische Druck ist der grösste — bis 7—8 Mmtr. — unter der Einwirkung acuter oder sehr intensiver, zumal unerwartet gehörter Töne. — f) Wenn in derselben Zeit, zu der ein Ton eine besagte Steigerung hervorbringt, in Intervallen andere intensivere und sich schneller folgende Töne hervorgebracht werden, so zeigt das Manometer ebenso viele entsprechende Erhebungen. — g) Der Taktmesser (Metronom) weist die gleiche Anzahl von Drucksteigerungen auf, als es Schläge waren, aber über 80 hinaus werden die manometrischen Schwankungen immer behinderter, bis sie in eine einzige zusammenschmelzen. — h) Die Drucksteigerung durch Töne findet auch dann statt, wenn der Druck in der Höhle ein negativer oder ein viel höherer als der normal positive ist, sie wird aber um so augenscheinlicher und weitgehender sein, wenn sie unter dem positiven, dem Thiere eigenen Drucke erfolgt. — i) Der Druck erhöht sich durch die verschiedenen Vocale, jedoch mehr durch a, e und o, als durch i und u. — j) Ein einziges Mal ist es S. gelungen, die Sehne des Tensor tympani zu zerschneiden, und dann sah man augenscheinlichst den endotympanischen Druck unter der Thätigkeit der acuten und intensiven Töne abnehmen.

S. gedenkt seine Versuche noch weiter fortzusetzen und will nach Beendigung derselben die Forschungen ausführlich veröffentlichen, zugleich mit klinischen und experimentalen Beobachtungen über den Menschen. Doch ist er schon heute geneigt, anzunehmen, dass die Schallwellen sich nicht so durch die Knöchelchen als vielmehr auf dem Luftwege der Schnecke mittheilen, indessen nicht in der Art, wie es die Alten dachten, sondern vielmehr nach dem Principe Pascal's, von der Membrana tympani nach der des runden Fensters.

36) Jansen (Berlin): Ohrenentzündungen nach Influenza; nach Beobachtungen in der Berliner Universitäts-Ohrenklinik.

Vom 10. December 1889 bis 31. Januar 1890 hatten von 868 Kranken 300 mit acuter Mittelohrentzündung vorgesprochen, und unter diesen konnte 110 Mal mit Sicherheit Influenza nachgewiesen werden. Im Februar, und selbst im März, kamen noch einige Influenza-Otitiden vor, um Weihnachten war die grösste Steigerung zu bemerken. Der Procentsatz derselben stieg im December auf 37, im Januar auf 29, während er sonst 11—17 pCt. betrug. — Nur eine kleine Anzahl der Fälle verlief unter dem Bilde einer acuten Mittelohrentzündung ohne Eiterung; in den meisten Fällen handelte es sich um profuse Eiterungen, in einigen Fällen auch um Haemorrhagien, wie sie übrigens in der Berliner Universitäts-Ohrenklinik in jedem Monate beobachtet und nicht als etwas Besonderes angesehen werden können. Die Häufigkeit dieser Haemorrhagien war zwar vielleicht etwas grösser als sonst, jedoch nicht so gross, als andere Beobachter angegeben haben. Häufig wurden Granulationen beobachtet, ein Mal Exfolation des Hammers. Der Sitz der Perforation war verschieden, mehrfache Perforationen wurden einige Male beobachtet. In 57 Fällen griff die Entzündung auf den Warzenfortsatz über.

Durch frühzeitige Paracentese, meist auf galvanocaustischem Wege mit dem Kuppelbrenner, wurde für freien Eiterabfluss gesorgt. — In 25 Fällen wurde die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes gemacht, doch sind noch weitere 10 Aufmeisselungen auf Conto der Influenza zu setzen. Die Erkrankung des Knochens war in allen Fällen sehr ausgedehnt; in allen, bis auf 6 Fällen, waren Fisteln vorhanden, 6 Mal mit Senkungsabscessen, 12 Mal subdurale Abscesse. Das Antrum zeigte sich stets erkrankt, auch in den Fällen, wo der Knochen nahe am Antrum von grosser Härte und anscheinend nicht erkrankt gefunden wurde; kein einziger Fall kann als primäre Ostitis aufgefasst werden. Das Antrum wurde in allen bis auf einen Fall eröffnet. Durchspülungen der Paukenhöhle wurden nicht gemacht. Der Verband blieb 5—7 Tage liegen. Alle Kranken wurden geheilt, bis auf 2, bei denen der Exitus letalis eintrat. Das Gehör wurde fast stets gut, nur ein Mal sehr schlecht, war aber vor der acuten Erkrankung schon schlecht. Die Heilung erfolgte zwischen 33—145 Tagen; 8 Mal in 30 – 50 Tagen, 4 Mal in einigen 50 Tagen, 6 Mal in 60—80 Tagen, 5 Mal in 104 – 145 Tagen. — 2 Mal wurde zu spät gemeisselt, das eine Mal bestand zur Zeit der Operation bereits Meningitis, das andere Mal Sinusthrombose; im letzten Falle machte eine metastatische Lungenembolie mit jauchiger Pleuritis dem Leben ein Ende. Angesichts der grossen Zahl subduraler Abscesse, welche oft ohne Symptome verlaufen waren, empfiehlt J., stets sehr gründlich zu operiren und es nie mit der Wilde'schen Incision oder mit oberflächlichem Ausschaben einer Fistel abzuthun.

Das Vorhandensein einer Influenza-Form der Otitis mit mehr oder weniger characterisirten Eigenschaften konnte nicht bestätigt werden.

37) Ludewig (Halle a. S.): Ueber Influenza-Otitis auf Grund der in der Halle'schen Universitäts-Ohrenklinik gemachten Erfahrungen.

In Halle grassirte die Krankheit während der Monate December (1889) und Januar (1890), und kamen während dieser Zeit acute Mittel-

ohrentzündungen 129 Mal zur Behandlung; in 47 Fällen gaben die Patienten selbst den Zusammenhang der Otitis mit der Influenza an, unter den übrigen 82 Fällen konnte die Hälfte der Fälle ebenfalls mit Sicherheit der Pandemie zur Last gelegt werden; doch auch Februar brachte noch 37 und die erste Hälfte des März 12 Fälle von acuter Erkrankung des Mittelohres. Ein pathognostisches Characteristicum hat sich aus den Fällen nicht ergeben, doch griff häufig die Entzündung auf den Knochen über und nicht selten wurde acute Caries des Warzenfortsatzes beobachtet. Die Stelle des spontanen Trommelfelldurchbruchs war keine typische, die mit der Otitis einhergegangenen Schmerzen strahlten zuweilen in die Stirn und die Kiefer aus, in einzelnen Fällen bestand Schmerzhaftigkeit der Stirn- und Keilbeinhöhlen und die Schwerhörigkeit war oft unter geringer Flüssigkeitsansammlung in der Paukenhöhle eine auffallend grosse und überdauerte einige Male den Ablauf der Entzündungserscheinungen um ein Bedeutendes. Die Therapie war stets eine schulgemässe

38) Szenes (Budapest): Einige Notizen über die Erkrankungen des Ohres während der letzten Influenza-Epidemie.*)

Discussion.

Patrzek (Oppeln) glaubt, dass die Microorganismen in den Buchten den Paukenhöhle lagern, bis sie durch einen gelegentlichen Reiz zur Entwickelung gelangen und aus diesem Grunde im Secrete der Otitis nachgewiesen werden.

Guranowsky (Warschau) hat 41 Fälle von Influenza-Otitis ausschliesslich an Erwachsenen beobachtet; er unterscheidet 2 Formen, die Otitis media catarrhalis acuta und die eitrige.

Shirmunsky (Petersburg) hat auffallender Weise das gleichzeitige Auftreten von Myringitis bullosa mit dem acuten Nasenrachencatarrh gesehen, ohne dass die Paukenhöhle dabei afficirt gewesen wäre.

Zaufal (Prag) fand gleichfalls häufig die haemorrhagische Form der Influenza-Otitis und fand in einem paracentesirten Falle Streptococcus pyogenes albus-Reinculturen. Während der Epidemie verliefen die Fälle ohne Complication und erst im Monate März und später kamen mehrere Fälle von Warzenfortsatzerkrankungen zur Beobachtung, deren Ursprung sich auf den Beginn der Influenza zurückführen liess. Bezüglich der Erklärung des Wesens der Krankheit schliesst sich Z. der jüngsten Anschauung von Klebs an.

Schwabach (Berlin) kann die Blutungen unmöglich als Zufall ansehen und findet es auffallend, dass sie nicht in Halle beobachtet wurden. Im Gegensatz zu den übrigen Beobachtern hatte er unter über 100 Fällen nur 2 Mal Mitaffection des Warzenfortsatzes gesehen. Wenn auch der Verlauf der in Folge der Influenza entstandenen Otitis ein günstiger war, kann sie durchaus nicht für harmlos angesehen werden, wie dies manche Autoren behaupten.

Kuhn (Strassburg) glaubt, dass die Otitis immer mit eigenthümlich characteristischen Symptomen zu sehen war, es scheint dies um so natürlicher, als auch bei den übrigen Organen Blutungen häufig genug

*) Siehe den ganzen Vortrag in extenso in No. 11 und 12, 1890 dieser Monatsschrift. Ref.

gefunden wurden. K. ist der Ansicht, dass es sich bei den Trommelfellblutungen um hyaline Thrombose der Blutgefässe handelte.

Stimmel (Leipzig) fand im Gegensatze zu den Mittheilungen Ludewig's in der Nachbarstadt Leipzig unter 100 Fällen 12 Mal Myringitis apoplectica. Das Bild erinnerte an die Schilderungen der Myringitis haemorrhagica, welche Wendt bei der Otitis media einer Variolaepidemie fand. — Die beobachtete Mitaffection des Warzenfortsatzes ging in S.'s Fällen auf Anwendung der Eisblase vollständig zurück.

Jansen und Szenes machen schliesslich noch einige berichtigende Bemerkungen zur Erklärung der in ihren Vorträgen hervorgehobenen Momente.

X. (Schluss-) Sitzung am 9. August Vormittags.*)

Vorsitzender: Privatdocent Gradenigo (Turin).

39) Lucae demonstrirt einige von Aschendorf (Wiesbaden) eingesandte kleine Hörrohr-Modelle.

40) Wegener (Halle a. S.): Schwartze's Methode der Cholesteatom-Operation.

Um die Häufigkeit der Recidive zu verhindern, wird empfohlen, eine grosse persistente Oeffnung im Warzenfortsatze anzulegen, durch welche eine Einheilung von Hautlappen in die Höhle zum Theile mit befriedigendem Erfolge angestrebt wird. Auf diese Weise wird es ermöglicht, die eventuell neu entstehenden Cholesteatommassen stets entfernen zu können. Zur Verhütung der Membranbildung hat sich an der Hallenser Ohrenklinik das Jodoformglycerin von einigem Nutzen erwiesen. Ueber die Oeffnung haben die Kranken eine Schutzplatte zu tragen.

Discussion:

Hartmann (Berlin) glaubt, dass man eine dauernde Heilung auch dann erzielen kann, wenn man vom Gehörgange aus eine dauernde Oeffnung nach dem Antrum und nach dem Kuppelraume herstellt. Die neugebildeten Massen lassen sich vom Gehörgange aus mit Sonde, Löffel oder durch Ausspülungen entfernen und tritt darnach Heilung ein, ohne dass der Patient während seines ganzen Lebens eine Oeffnung hinter dem Ohre zu tragen hat.

Jansen (Berlin) hält die Entfernung alles Krankhaften allerdings für schwierig, aber für das einzige Mittel, eine vollständige und dauernde Heilung ohne Fistelbildung zu erzielen, daher soll in jedem einzelnen Falle die radicale Entfernung nach Möglichkeit erstrebt und durch Verbesserung der Operationsmethode die Grenzen des operativen Vorgehens so weit hinausgeschoben werden, als es die anatomischen Verhältnisse gestatten. Die Eröffnung vom Gehörgange aus, wie sie Hartmann vorschlägt, ist ungenügend; man kann weder die Höhle vollständig über-

*) Diese Sitzung wurde im Ordinationssaale der königlichen Universitäts-Ohrenklinik abgehalten und nach Schluss derselben besichtigten die Mitglieder letztere, wobei Prof. Lucae auch einige interessante Fälle der stationären Klinik demonstrirte. Ref.

sehen und abtasten, noch alles Kranke entfernen. Das sind aber die ersten Erfordernisse, welche an jede Operationsmethode bei Cholesteatom gestellt werden müssen, so lange man das Ziel der Heilung erreichen will. Diese Methode ist daher als völlig ungenügend und unchirurgisch aufzugeben. — Jedes Cholesteatom soll mit breitester Aufmeisselung von der äusseren Oberfläche des Warzenfortsatzes aus behandelt werden; ferner ist es wichtig, bei der Wundbehandlung die glasige Membran, welche sich mit fester Hartnäckigkeit über die Wundfläche auszudehnen sucht, stets zu entfernen. Nur dadurch wird die Ausfüllung der Wundhöhle mit Granulationen und die schliessliche Vernarbung ermöglicht und die Bildung einer persistenten Fistel verhütet.

Hessler (Halle a. S.) spricht sich gegen Hartmann entschieden für die Schwartze'sche Methode aus.

41) Vohsen (Frankfurt a. M.): Ueber die Operationsmethode der otitischen Hirnabscesse; Fall von otitischem Kleinhirnabscess mit Demonstration des Präparates.

Der von Vohsen und Harbordt operirte Fall betraf einen 14jähr. Schlosserlehrling, der seit der Kindheit an rechtsseitiger Otorrhoe litt. Nach Entfernung polypöser, den Gehörgang ausfüllender Wucherungen dringt die Sonde im knöchernen Gehörgang nach hinten in's Antrum. Aufmeisselung des Processus fördert Cholesteatom und Jauche zu Tage. Innere Lamelle über dem Sinus defect. Im weiteren Verlauf wurde der Sinus in 10-Pfennigstückgrösse blossgelegt. Eine Fistelöffnung in der Dura über dem Sinus, die dauernd rahmartigen Eiter entleerte, war mit der Sonde nicht zu verfolgen. Beim Sondirungsversuch wiederholte Blutung aus dem Sinus. Die Fistel und bestehende Stauungspapille links führten zur Annahme eines Hirnabsesses, da bei der Blutung aus dem Sinus ein eitrig zerfallener Thrombus desselben nicht anzunehmen war. Zunächst wurde die Trepanation auf den Schläfenlappen von der Oeffnung im Warzenfortsatz aus durch Abtragung der oberen Gehörgangswand vorgenommen. Hierzu empfiehlt sich ein flacherer Meissel, als die zur Aufmeisselung des Processus gebräuchlichen. Punction der gespannten, nicht pulsirenden Dura nach 3 Richtungen ohne Erfolg. Nach einigen Tagen Trepanation auf's Kleinhirn vom Os occipitis aus und Eröffnung eines Abscesses im Kleinhirn. — Tod 14 Tage nach letzterwähnter Operation. Section ergiebt Septicämie, zahlreiche lobuläre pneumonische Herde, metastatische Grosshirnabscesse, grosse Abscesshöhle im Kleinhirn, ausgehend von eitrig zerfallenem Thrombus des Sinus transversus, der sich bis zur Mündung der Vena jugularis in die Subclavia fortsetzt. — Ausser diesem Fall ist nur einer von Mac Ewen veröffentlicht, wo von gleicher Stelle auf dem Schläfenlappen trepanirt wurde. Und doch erscheint dieser Weg der Blosslegung der Dura als der natürlichste, sich von selbst ergebende. Wenn ein vermutheter Gehirnabscess ätiologisch auf ein Trauma oder einen cariösen Process am Schädel zurückgeführt werden kann, so werden wir chirurgisch doch von der entsprechenden Stelle aus vorgehen. Warum soll es beim otitischen Schläfenlappenabscess anders sein? (Für die Kleinhirnabscesse wird sich des zwischen ihnen und dem erkrankten Felsenbein liegenden Sinus transversus wegen wohl meist der auch in diesem Falle eingeschlagene gebräuchliche Weg empfehlen, der aber auch, wie Zaufal's, Politzer's

und Salzer's Veröffentlichungen zeigen, zu Gunsten der Eröffnung von der Sinusgegend aus verlassen werden kann.) Stellen wir die Diagnose eines Schläfenlappenabscesses, der von einer Caries des Felsenbeins seinen Ursprung nahm, so sollen wir auch von der Ausgangsstelle der Erkrankung aus vorgehen. Wir haben alsdann nicht nur die Aussicht, den Abscess mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu eröffnen, sondern auch seinen tiefsten Punkt zu treffen. Weiter hat diese Methode den Vorzug, eine Verletzung des bei höherer Trepanationsstelle leicht zu treffenden Meningeal-Astes zu vermeiden, der 1—2 Ctm. oberhalb der in diesem Falle gewählten Trepanationsstelle verläuft. Die technische Schwierigkeit der Operation verringert sich mit der Grösse der im Processus angelegten Oeffnung. Im vorliegenden Fall wurde die Grenze der Trepanationsöffnung nach hinten durch die obere Kante der Pyramide gegeben, auf der der Sinus petrosus superior verläuft und die man sicher erkennen konnte, da jenseits der als Spange stehen bleibenden Kante die Oeffnung lag, durch welche der Sinus transversus zu Tage trat. — Wie wichtig die stets bei otitischem Hirnabscess zu fordernde primäre Aufmeisselung des Warzenfortsatzes ist, zeigt ein zugleich mit diesem Fall von Pinner im ärztlichen Verein zu Frankfurt mitgetheilter Fall. Ein aus bestehender Otitis media purulenta, Stauungspapille und aphasischen Symptomen diagnosticirter linksseitiger Schläfenlappenabscess wurde von Pinner durch Trepanation oberhalb des Ohres glücklich entleert und das Heilresultat schien ein vollkommenes zu werden. Nach mehreren Wochen Tod. Die Section ergab einen weiteren Hirnabscess und Cholesteatom des Felsenbeins, dessen Trepanation bei der ersten Operation auf spätere Zeit verschoben worden war. Von einem ähnlichen Schicksal hätte auch der bekannte, von v. Bergmann operirte Fall getroffen werden können, in welchem auch die Heilung der Mittelohreiterung, von der doch der Abscess ausging, erst dann operativ angestrebt wurde, als der Abscess bereits operirt und geheilt war. Der im vorliegenden Fall eingeschlagene Weg der Trepanation auf dem Schläfenlappen ist der logische beim otitischen Hirnabscess und schliesst die Gefahr aus, die aus noch bestehenden Erkrankungen des Mittelohrs für den Patienten droht.

Discussion:

Jansen (Berlin) erwähnt, dass man an der Berliner Universitäts-Ohrenklinik in 3 oder 4 Fällen nach der Eröffnung des Warzenfortsatzes die Freilegung der Dura in grösserer Ausdehnung vom Warzenfortsatze aus durch Fortnahme von dessen hinterer oberer Wand vornahm, ohne durch Fisteln oder Caries an der Tabula interna geleitet zu werden. Es waren das nie intradurale Abscesse, sondern extradurale, und wurde der Eiterherd, wenn nöthig, durch nachfolgende Fortmeisselung der Schuppe oder nach hinten hin durch Fortnahme des angrenzenden Theiles des Hinterhauptbeines völlig freigelegt, ohne dabei Knochenbrücken stehen zu lassen. — In Vohsen's Fall war eine Aufmeisselung des Warzenfortsatzes schon vorangegangen und vernarbt. Als von Neuem schwere Hirnreizerscheinungen auftraten, wurde wieder die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes gemacht, und als sich nichts vorfand, wurde die Dura, die bereits in Linsengrösse freilag und ungemein verdickt war, durch Fortnahme des ganzen Tegmen antri in grösserer Ausdehnung freigelegt, und nun zeigte sich dieselbe ungemein verdickt, von resistentem fibrösen

Gewebe bedeckt und auch von einer auffallenden Härte, wie bei einem Ulcus durum, ferner nicht pulsirend, und auch Eiter fand sich nicht vor. Da ein intraduraler Abscess vermuthet wurde, wurde die Incision der Dura (und nicht die Punction) gemacht, und auch jetzt entleerte sich kein Eiter; vor der Incision wurde das aufgelagerte Gewebe mit dem Messer von der Dura abgeschnitten. Die Kranke war nach der Operation von ihrem ungemein heftigen Erbrechen vollständig befreit und erholte sich rasch. — In einem anderen Fall mit verjauchter Sinusthrombose, wo nach breiter Freilegung die Incision des Jaucheherdes im Sinus gemacht wurde, waren sehr starke Pulsationen der Dura vorhanden, bei dem Bestehen von purulenter Arachnitis basilaris, wie die Section es zeigte. Dem Pulsiren oder nicht Pulsiren der Dura will J. keinen diagnostischen Werth beisetzen.

Hessler (Halle) referirt über einen Fall von grossem Temporallappenabscess mit tödtlichem Ausgang, der später ausführlich veröffentlicht werden wird.

42) Kayser (Breslau): Ueber Diplacusis.

Es giebt 2 Formen von Diplacusis. Die eine ist als Dipl. dysharmonica zu bezeichnen. Hierbei wird beim Hören mit beiden Ohren ein einfacher Schallreiz, meist bestimmte Töne, doppelt wahrgenommen; mit beiden Ohren gleichzeitig, aber qualitativ verschieden, mit dem kranken Ohr ein höherer oder tieferer Ton als mit dem gesunden. Die zweite Form kann man als Dipl. echotica bezeichnen. Hier wird von beiden Ohren der einfache Schallreiz, Geräusch, Worte etc., doppelt wahrgenommen, qualitativ gleich, aber zeitlich getrennt, so dass mit dem kranken Ohre gleichsam das Echo des Schalles gehört wird. Von dieser letzteren, weniger beobachteten Form hat K. einen Fall bei einer 49jähr. Frau beobachtet, die plötzlich unter Schwindel und Uebelkeit an Sausen, Schwerhörigkeit und Doppelhören erkrankte. Objectiv war nur ein mässiger Mittelohrcatarrh vorhanden. Das Gehör war herabgesetzt, besserte sich aber durch Catheterisirung. Weber'scher Versuch nach dem kranken Ohr, Rinne negativ. Bei mannigfachen Geräuschen und Worten gab die Kranke an, die Wahrnehmung auf dem rechten, kranken Ohr später und schwächer zu haben, wie ein Echo. Wurde ein Ohr zugehalten, so wurde nur einfach gehört. Nach mehrtägiger Catheterisirung war Klingen und Doppelhören verschwunden.

Die Diplacusis dysharmonica wird übereinstimmend (Wittich, Knapp etc.) auf Grund der Helmholtz'schen Theorie durch Verstimmung des Saitenapparates der Membr. basilaris erklärt. Es ist aber zu betonen, dass diese Erklärung nur dann genügt, wenn gleichzeitig angenommen wird, dass jeder einzelnen, zu einem bestimmten Abschnitt der Membr. basilaris gehenden Nervenfaser das Gesetz von der specif. Energie den Sinnesnerven zukommt, also dass der Nerv für den Ton c, wie auch immer gereizt, unter allen Umständen die Empfindung c vermittelt, mag der mit ihm verbundene Theil der Membr. basilaris 300 Mal oder 500 Mal in der Secunde schwingen.

Die Erklärung der Dipl. echotica ist schwieriger. Jedenfalls wird die Gehörsempfindung auf dem kranken Ohr verzögert. Exner und Urbantschitsch haben gezeigt, dass ein beiden Ohren nacheinander zugeführter Schallreiz einfach empfunden wird, so lange die Zeitdifferenz

unter 0,06—0,1 Secunde beträgt. K. hat ein gleiches Resultat durch einen einfachen Apparat (2 ungleich lange Schläuche an einem T-Rohr befestigt) gefunden. Der beabsichtigte Versuch bei der beobachteten Kranken, das Doppelhören durch Zuleitung des Schalls in beide Ohren mittelst des erwähnten Doppelschlauches aufzuheben und so die Zeit der Verzögerung zu bestimmen, wurde durch die rasche Heilung vereitelt. Die Verspätung der Empfindung kann in 3facher Weise bedingt sein: 1) durch verlängerte Dauer des Anklingens, eine Erscheinung, die Urbantschitsch eingehender studirt hat, 2) durch verspätete Perception im Centralorgan, 3) durch verlangsamte Nervenleitung. Bei der Kürze des Acusticus müsste diese Verlangsamung schon beträchtlich sein, um Doppelhören zu erzeugen. Wenn diese Erklärung auch für den vorliegenden Fall nicht anzunehmen ist, so könnte diese Leitungsverlangsamung im Acusticus doch unter anderen Umständen, z. B. bei der Tabes, eine Rolle spielen. K. hat in der That darauf deutende Beobachtungen und Versuche bei Tabeskranken gemacht, die aber noch nicht abgeschlossen sind.

Discussion:

Barth (Berlin) konnte in den letzten Jahren alle seine Fälle von Diplacusis dysharmonica auf Mittelohrerkrankungen zurückführen.

Jacobson (Berlin) kann der von Barth ausgesprochenen Anschauung, nach welcher die „Diplacusis dysharmonica" durch reine Mittelohraffectionen bedingt werden könne, nicht zustimmen. Nach den Gesetzen der Resonanz schwingt ein mitschwingender Körper — sei es nun die Platte des Telephons oder die Membran des Phonographen, oder auch das menschliche Trommelfell — immer in der Periode des erregenden Tons. Wirkt also auf das Trommelfell ein Ton von 100 Schwingungen in der Secunde ein, so macht das Trommelfell ebenfalls 100 Schwingungen in der Secunde; wirkt ein Ton von 200 Schwingungen ein, so macht es 200 Schwingungen in der Secunde und so fort. Werden die physikalischen Constanten des mitschwingenden Systems verändert, wie dieses bei Mittelohraffectionen geschehen kann, so kann hierdurch nichts Anderes geändert werden, als die Amplitude des Mitschwingens. Es wird also bei Mittelohrkrankheiten das Trommelfell bei gewissen Tönen der Scala weniger stark mitschwingen wie in der Norm, es kann sogar vorkommen, dass die Amplitude des Mitschwingens = 0 wird, dass also gewisse Töne auf den Hörnervenapparat überhaupt nicht mehr übertragen werden. Schwingt aber das Trommelfell, oder, allgemeiner gesagt, der schallleitende Apparat mit, so muss es immer in der Periode des erregenden Tons geschehen. — Die einzig mögliche und richtige Erklärung für die „Diplacusis dysharmonica" ist die von v. Wittich gegebene, nach welcher es sich hierbei um nichts Anderes handelt, als um eine totale oder partielle Verstimmung der elastischen Endapparate des Hörnerven. Ist der elastische Anhang der c-Nervenfaser derartig verstimmt, dass er auf d mitschwingt, so werden wir statt d auf dem betreffenden Ohre c, und wenn das Leiden nur einseitig ist, doppelt hören. Das folgt aus dem Gesetz von der specifischen Energie der Nervenfasern. Das Falsch- oder Doppelhören kommt zwar sehr häufig bei Mittelohraffectionen vor, daraus folgt aber nicht, dass es durch diese bedingt

wird, sondern nur, dass häufig neben der Mittelohrkrankheit noch eine Labyrinthaffection besteht. Das Falsch- oder Doppelhören, das selbstverständlich nur bei Untersuchung mit einfachen Tönen festgestellt werden kann, hat auch gerade deshalb besonderes Interesse, weil es das einzige Symptom ist, bei welchem die Stimmgabeluntersuchung gestattet, mit Sicherheit den Sitz des Leidens zu bestimmen.

Treitel (Berlin) hatte einen interessanten Fall, in welchem es sich bei einem Opernsänger um eine Ruptur des Trommelfells handelte. Am Tage nach Entstehung der Ruptur war in Folge zu starken Schnaubens eine Hernie des Trommelfells zu sehen, wobei auch Diplacusis bestand. Nach 2 Tagen war dieselbe verschwunden, und mit dieser auch die acustischen Phänomene.

Dennert (Berlin) bemerkt in Bezug auf die Erklärung der Diplacusis dysharmonica, dass sich dieselbe häufig nur auf einzelne Töne erstreckt, und ist dies auch bei solchen Kranken zu beobachten, die gar kein Trommelfell besitzen.

Kayser hält nicht für ausgeschlossen die Möglichkeit, dass die Diplacusis dysharmonica auch vom Mittelohr ausgeht, und es wäre denkbar, dass unter pathologischen Verhältnissen das Trommelfell resp. andere Theile des Mittelohres so verändert sind, dass sie nur bei einzelnen Tönen resp. bei einzelnen Tönen stärker mitschwingen als bei anderen.

43) Sexton (New-York) demonstrirt einige Instrumente, die er construirte und zu chirurgischen Operationen empfiehlt.

Lucae (Berlin) knüpft hieran einige Bemerkungen.

* * *

Nachdem der meritorische Theil der Arbeit zu Ende war, erfolgten die Abschiedsreden, und richtete besonders Prof. Zaufal warme Dankesworte im Namen der ganzen Section an den Einführenden, Prof. Lucae, für das Gelingen der otiatrischen Abtheilung des Congresses. Im selben Sinne sprachen auch noch die übrigen Vertreter der einzelnen Staaten, und nachdem auch noch den Schriftführern der Dank votirt wurde, schloss die Sitzung nach den Abschiedsworten Prof. Lucae's mit einem „auf frohes Wiedersehen in Rom“*).

Heilung**) eines grossen „typischen“ Nasenrachenpolypen.

Von

Dr. **Hansberg** in Dortmund.

Unter den Geschwülsten des Nasenrachenraumes haben die sogen. Nasenrachenpolypen von jeher das Interesse des Arztes in erhöhtem Maasse in Anspruch genommen; ihr ungünstiger, für Instrumente schwer

*) Nachträglich sei noch erwähnt, dass der Name des Collegen Dr. W. B. van Staveren (Rotterdam) aus Versehen aus der Präsenzliste weggeblieben ist. Ref.

**) Der Fall wurde am 17. December 1890 im Verein der Aerzte zu Dortmund 8 Wochen nach der Heilung vorgestellt.

erreichbarer Sitz, ihr überaus schnelles, bald auf die Nachbarorgane übergreifendes Wachsthum, die gewöhnlich damit verbundenen, oft abundanten Blutungen machten dieselben zu einer für den Träger äusserst gefährlichen und schwer zu beseitigenden Erkrankungsform.

Die bis jetzt in der Literatur veröffentlichten Fälle sind nicht sehr zahlreich, die bei Weitem grössere Mehrzahl verdanken wir den Chirurgen. Von Letzteren wurden verschiedene Methoden zur Beseitigung der Geschwülste geübt; die Einen wählten den Weg durch die Nase, indem sie die Spaltung der Weichtheile der Nase (Garengeot) oder die Resection des Nasenbeines resp. Jochbeines (von Langenbeck) der Exstirpation vorausschickten, die Anderen gingen vom Munde aus vor und machten entweder die Spaltung des weichen Gaumens (Mannè) oder resecirten den harten Gaumen (Gussenbauer), die Dritten endlich glaubten eine gründliche Ausrottung der Tumoren nicht anders erzielen zu können, als durch die zeitweilige (v. Langenbeck) oder definitive (Syme) Resection des Oberkiefers.

Es bedurfte demnach bei diesen bis in die neueste Zeit geübten Methoden ungemein eingreifender, entstellender und blutreicher Voroperationen, die nicht selten allein schon den Tod der unglücklichen Kranken im Gefolge hatten; dabei sind dieselben von dem Nachtheil wohl nicht ganz freizusprechen, dass das Endresultat nicht immer ein befriedigendes genannt werden konnte; bei der Schwierigkeit, die ganze Masse des Tumors in einer Sitzung zu entfernen, dürften Recidive nicht gerade selten gewesen sein.

Eine schonendere Methode ist in neuerer Zeit von einzelnen Specialisten geübt worden, die von den natürlichen Wegen aus mittelst Galvanocaustik oder Electrolyse den Tumor zur Zerstörung zu bringen suchten. Diese besonders von Bruns, Voltolini, Michel u. A. empfohlene und geübte Methode birgt nicht die Nachtheile in sich, die der chirurgischen anhaften; bei vollständiger Gefahrlosigkeit und Mangel jeglicher Entstellung soll sie nach Angabe der vorerwähnten Autoren vorzügliche Endresultate liefern, sie ist aber ungeheuer langwierig und erfordert bei einigermaassen bedeutender Grösse der Tumoren eine sehr grosse Anzahl von Sitzungen, nimmt daher Zeit, Geduld und Geld der Kranken in hohem Grade in Anspruch, so dass vielleicht manche nicht in der Lage sein werden, eine solche Cur zu Ende zu führen.

Ich hatte Gelegenheit, an der Hartmann'schen Poliklinik in Berlin vor 2 Jahren eine Frau zu sehen, bei der von Hartmann ein Fibrosarcom, das von der Keilbeingegend seinen Ursprung genommen hatte, ohne Voroperation von der Nase aus beseitigt worden war. Die Operation war hier theils mit dem Thermocauter, der durch einen Zaufal'schen Trichter in die Nasenhöhle eingeführt wurde, theils mit der galvanocaustischen Schlinge ausgeführt worden.

Unter solchen Umständen ist es gewiss wünschenswerth, Methoden zu kennen, die einerseits ohne Gefahr und Entstellung für den Kranken, andererseits in kürzerer Zeit, als bei der galvanocaustischen oder electrolytischen Methode, eine vollständige Zerstörung breitbasig aufsitzender Nasenrachenpolypen zu bewirken im Stande sind. Ich betone ausdrücklich das Wort „breitbasig", da die Beseitigung wirklich gestielter Nasenrachentumoren, die im Verhältniss zu den ungestielten selten

sind, weniger grosse Schwierigkeiten erfordert. Wenn ich hier von Nasenrachentumoren spreche, so meine ich damit die von Bensch als „typisch" bezeichneten Fibrome des Nasenrachenraumes, Geschwülste, die sich vorzugsweise durch ihre breitbasige, flächenhafte Insertion sowie ihr festes, knorpelartiges Gefüge auszeichnen.

Ich sehe hier auch ab von den im Nasenrachenraum, wenn auch selten vorkommenden Schleimpolypen, deren Hartmann*) zwei interessante, schwer operable Fälle beschreibt, übergehe auch die anderen bekannten Methoden der Behandlung der Nasenrachenfibrome (Abbinden, Ecrasement, Excision [Roser], Abquetschen mit der Choanalzange [Schech], da dieselben nur bei gestielten Fibroiden oder kleineren breitbasigen Tumoren ihre Anwendung finden.

Ich hatte nun vor Kurzem Gelegenheit, ein grosses Nasenrachenfibrom zu beobachten und dasselbe ohne Voroperation in kurzer Zeit zur Heilung zu bringen; ich gebe im Folgenden die Krankengeschichte:

Franz Kadel aus Dülmen, Arbeiter, 30 Jahre alt, consultirte mich zum ersten Mal am 12. August 1890. Derselbe will früher immer gesund gewesen sein, insbesondere nie an Beschwerden in der Nase und Rachen gelitten haben; Vater lebt und ist gesund, Mutter im Alter von 61 Jahren an Knieeiterung gestorben.

Im September 1889 fiel Pat. eine Rolle Leinen im Gewicht von ca. 10 Kilo auf die Nase, in Folge dessen eine unbedeutende Blutung eintrat; gleich nach Einwirkung des Traumas sei die Nase, besonders die linke Seite für Luft schwer durchgängig gewesen und habe sich dieser Zustand allmählig gesteigert. Anfangs October trat in Folge Schnäuzens erneutes Nasenbluten ein, das mehrere Tage anhielt, dann sistirte dasselbe bis zum März 1890; von da ab traten in kürzeren Intervallen mehr weniger starke Blutungen auf.

Pat. ist von kleiner Figur, leidlich kräftigem Körperbau, Gesicht gedunsen, Farbe desselben blass, Weichtheile der Nase aufgetrieben, so dass letztere stark vergrössert erscheint. Pat. ist nicht im Stande, durch die Nase zu athmen, klagt über Trockenheitsgefühl im Halse und Eingenommenheit, Schwere des Kopfes, Geruch vollständig verloren gegangen. In Folge der in letzter Zeit häufiger aufgetretenen Blutungen fühlt sich Pat. etwas angegriffen.

Die Rhinoscopia anterior ergab mässige Schwellung der unteren und mittleren Muschel der linken Nasenhöhle, reichliche Blutcoagula in derselben, im Hintergrunde ein blassröthlicher Tumor sichtbar, der die ganze Choane ausfüllte und sich noch weit nach dem hinteren Dach der Nasenhöhle zu erstrecken schien. Bei Berührung mit der Sonde trat Blutung ein, so dass dadurch der weitere Einblick verhindert wurde; der Tumor fühlte sich, jedenfalls in Folge der stark geschwellten, leicht blutenden Schleimhaut, die ihn bedeckte, etwas weich an.

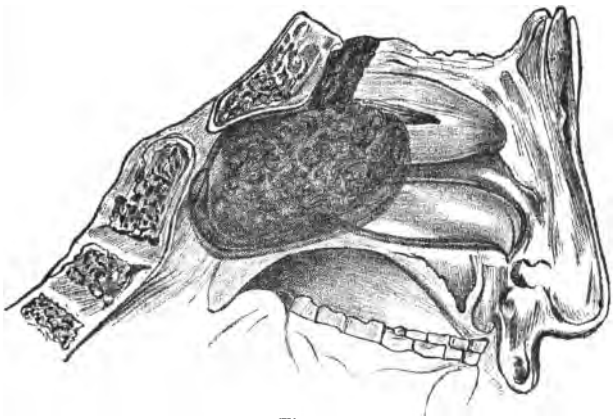
Rechte Nasenhöhle durch eine von vorn unten nach hinten oben verlaufende Crista verengt, auch hier stiess ich mit der Sonde in der Tiefe auf den Tumor, der aber wegen der Enge der rechten Nasenhöhle weniger gut sichtbar war; Blutcoagula in derselben.

Gaumensegel etwas nach vorn verdrängt, dasselbe zeigt ebenso wie die Schleimhaut des Rachens eine etwas ödematöse Durchtränkung.

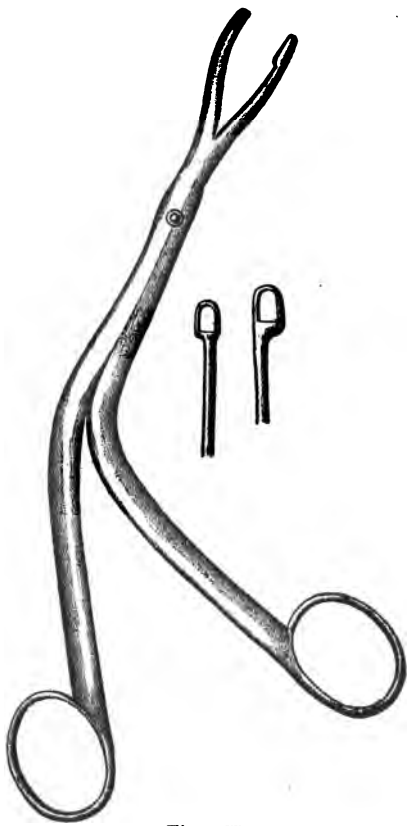
Rhinoscopia posterior zeigt den Nasenrachenraum von einem an der Oberfläche mit Blut bedeckten rundlichen Tumor ganz ausgefüllt; Genaueres liess sich mittelst des Spiegels wegen der Blutung nicht constatiren.

Ich ging nun mit dem Zeigefinger in den Nasenrachenraum und suchte den Tumor nach allen Richtungen hin abzutasten, insbesondere mich über den Stiel

*) Hartmann: Ueber die Operation der Nasenrachenpolypen. (Deutsche med. Wochenschrift No. 6, 1881.)



Figur I.



Figur II.

desselben zu informiren, ich machte dabei die unliebsame Entdeckung, dass die Geschwulst, wenigstens von der Grösse eines grossen Hühnereies, keinen Stiel besass, sondern breitbasig, flächenhaft dem Rachendach inserirte, und zwar derart, dass die Insertion auch noch auf die seitlichen Theile übergriff. Ich glaubte mit den Collegen DDr. Gerstein und Schmitz die Basis auf ca. 4 Centimeter im Durchmesser schätzen zu dürfen. Das Wachsthum des Tumors war vorzugsweise nach vorn und oben in die Nasenhöhle erfolgt, weniger nach dem Mundrachentheil, so dass derselbe vom Mund aus ohne Spiegel nicht gesehen werden konnte; die Insertion erstreckte sich vom Choanaldach bis unterhalb der Protuberantia atlantis, der tiefste Stand der Geschwulst vielleicht 1 Ctm. unterhalb des Atlas. Beim Vordringen des Fingers nach der Nasenhöhle zu fand ich, dass der Tumor bereits Verwachsungen eingegangen war und zwar mit der hinteren oberen Fläche des Gaumensegels, die mit dem Finger gesprengt wurden; der letztere gelangte dann mit Mühe unterhalb des Tumors in die Nasenhöhle und fühlte den durch die Durchtrennung der Verwachsung freigelegten Theil des horizontalen Gaumenbeins (Fig. I.).

Ich versuchte zuerst die kalte und dann die Glühschlinge um den Tumor zu legen, indem ich den Schlingenschnürer durch die Nase einführte und mit dem Zeigefinger der anderen Hand in den Nasenrachenraum einging, ich überzeugte mich indessen bald von der Unmöglichkeit dieses Vorgehens und sah vorerst von weiteren Eingriffen ab.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N JAN 13 1898

Am 17. August entfernte ich von der Nase aus mit einem Instrument (Fig. II), das ich mir zur Entfernung der unteren Muschel nach Analogie eines von dem hiesigen Zahnarzt Wutzel angegebenen Instruments hatte anfertigen lassen, einige Stücke zur mikroskopischen Untersuchung; dieselbe ergab ein zellenreiches Fibrom (Professor Ribbert, Bonn). Der Versuch, mit diesem Instrument (dasselbe ist nach Art einer Zange construirt, zweckmässig abgebogen und endigt nach vorn in zwei ineinandergreifende Fenster; es besitzt bei gracilem Bau genügende Stärke und Festigkeit, um dünnen Knochen zu durchtrennen) den Tumor von der Nase aus zu exstirpiren, misslang, es trat starke Blutung ein, ohne dass es mir gelungen wäre, nennenswerthe Stücke entfernt zu haben.

Ich beschloss nun, auf galvanocaustischem Wege vorzugehen und machte am 22. August eine Sitzung, indem ich nach Anlegung des Gaumenhakens unter Spiegelbeleuchtung den spitzen Galvanocauter mehrere Male in den Tumor einbohrte.

Um diese Zeit kam das von Kuhn in Strassburg zur Operation der Rachentonsille angegebene Instrument in meine Hände, es schien mir dasselbe vermöge seiner Abbiegung und Stärke ganz geeignet, die Entfernung des Tumors vom Munde aus zu versuchen. (Schluss folgt.)

Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni).

Von

Dr. **L. Przedborski**

Spitalarzt am Lodz'er israelitischen Krankenhause.

(Fortsetzung.)

Im März 1888 brachte ich die vorgefallene Schleimhaut durch zweimalige Cauterisation mit Chromsäure, die auf einer entsprechend gebogenen Sonde angeschmolzen war, zum vollständigen Schwinden.

Im April 1888 konnte sich die Patientin gänzlich der Cur entziehen, die Stimme gewann an Kraft und Klang, und war ich während der häufigen Unterhaltungen, die ich, um die Continuität der Stimme zu prüfen, mit der Patientin führte, auch nicht ein einziges Mal im Stande, momentan vorkommende Aphonie während des Sprechens zu constatiren. Im Juni ging die Pat. auf's Land und da das Allgemeinbefinden der Kranken nichts zu wünschen übrig liess, die Stimme eine bedeutende Verbesserung erhielt, so gab sie den Gedanken, eine zweite Reise nach Görbersdorf zu unternehmen, gänzlich auf. Es bleibt mir noch zu erwähnen übrig, dass von Juni 1888 bis heut zu Tage die Therapie als gänzlich erfolgreich sich bewährt hat; denn, trotzdem die Patientin sich während der abgelaufenen Zeit vollständig jeder medicinischen Hilfe entzog, konnte bei derselben keine Verschlimmerung, weder in der Lunge, noch im Kehlkopfe, nachgewiesen werden.

Der soeben beschriebene Fall bietet im doppelten Sinne Interessantes dar: 1) Trotz des gewaltigen Anfanges und Verlaufes der Krankheit, trotz der enormen Vernichtung nnd Zerstörung der rechten Lungenspitze gehört unsere Patientin wahrscheinlich zu denjenigen glücklichen Individuen, denen es gesund und siegreich den Kampf mit der Tuberculose zu vollenden gelingt. Dieses glückliche Zukunftshoroscop können wir nach Berücksichtigung des günstigen Verlaufes und der anhaltenden Besserung im Allgemeinbefinden unserer Patientin vollkommen gönnen. 2) In meinem eigenen, wie auch in den wenigen Fällen von Vorstülpung der Schleimhaut des Sinus Morgagni, die mir zu sammeln gelungen sind, lag immer eine Krankheit des Gesammtorganismus als praedisponirendes Moment vor; indem aber alle Beobachter in ihren Fällen, ausser der Berücksichtigung dieses ätiologischen Momentes, bei Entstehung der Eventration des Sinus Morgagni auf das Vorhandensein von intensivem Husten als auf eine unentbehrliche causale Bedingung, die gleichzeitig bestehen muss, hindeuten, können wir in unserem Falle den Einfluss dieses Factors fast auf ein Minimum reduciren, denn unsere Patientin hustete gewöhnlich nicht viel und auch nicht gewaltig.

2. Fall. Am 25. April 1888 wurde ich von Herrn P. Ek., hiesigem Gutsbesitzer, um ärztlichen Rath aufgesucht. E. klagt über starke Athemnoth, stürmischen Husten und über totale Aphonie. Der Husten und die phonatorischen Störungen dauern schon seit vielen Jahren. E. hat schon längst die Erfahrung gemacht, dass jedes Jahr bei dem Auftreten der wärmeren Jahreszeit resp. des Frühlings die Heiserkeit und der Husten allmählig zunehmen, doch werden diese Erscheinungen nach einer gewissen Zeitdauer bedeutend milder. Vor 2 Jahren nahm Patient eine Reise nach Breslau vor, wo er mehrmals Rath bei Prof. Biermer suchte. Prof. Biermer constatirte beim Patienten ein Lungenemphysem und schlug einen 6wöchentlichen Aufenthalt in Reichenhall vor, wohin sich auch Patient schleunigst begab. Während des fast 2monatlichen Aufenthaltes in Reichenhall wurde zwar der Gesundheitszustand des Kranken bedeutend besser, doch eine vollkommene Heilung wurde nicht erzielt. Nach seiner Rückkehr hustete Patient noch immer fort und war stark heiser. Auf die Frage, ob Patient von Prof. Biermer laryngoscopirt wurde, bekam ich eine verneinende Antwort. Die Heiserkeit soll, wie Patient mir mittheilte, in diesem Falle nach Prof. Biermer's Annahme

ausschliesslich vom Missbrauche der Spirituosen (Abusus in Baccho) abhängen, welche Leidenschaft Patient auch nicht läugnete. Seit Februar wird der Zustand des Kranken immer ernster. E. unterliegt häufigen Athembeschwerden und Hustenanfällen und hat die Stimme fast gänzlich verloren. In der letzten Zeit kam es nicht selten vor, dass Patient nach einem heftigen Hustenanfalle mit Blut vermengtes Sputum auswarf. E. ist 65 Jahre alt, von niedriger Statur, vortrefflicher Körperernährung und Körperbau. Das subcutane Bindegewebe enthält einen restlichen Fettpolster, die Conjunctiven sind stark injicirt, das Gesicht kalt und schwach bläulich gefärbt; die peripheren Gefässe fühlen sich hart an, die temporalen Arterien verlaufen schlangenartig, die Pulswelle ist klein und deutet im Allgemeinen das Gefässsystem prägnante Erscheinungen von einer bestehenden Arteriosclerose an. Der kurze, fassförmige, convexe Brustkasten befindet sich wie im Inspirium. Der Kranke athmet schwer, bei jeder Inspiration wird die spannende Arbeit der respiratorischen Muskeln, das Einziehen der Herzgrube und der Bauchwände, eine unbedeutende Steigerung der Gesichtscyanose und Blutfülle der Conjunctiven auffallend, das Einathmen ist von einem lauten, stenotischen Geräusche begleitet. Die Untersuchung der Lungen ergab Folgendes: Die Grenzen der Lungen sind in ihrer ganzen Circumferenz nach unten verschoben, das vesiculäre Athmen hört sich schwächer an, und zeigt die Periode der In- und Exspiration eine bedeutende Verlängerung. Von Zeit zu Zeit treten während der Respiration trockene und pfeifende Rasselgeräusche auf (rhonchi sicci et sibilantes). Die Herztöne sind klar, doch schwach, der rechte Herzventrikel ist hypertrophirt und bieten die übrigen Organe nichts Abnormes dar. Die Schleimhaut des Rachens und Schlundkopfes ist stark injicirt und geröthet (Angina et pharyngitis chron.). Im Kehlkopfe tritt eine diffuse Schwellung und Röthe der Schleimhaut der unteren Epiglottisfläche und des interarytänoidalen Raumes vor, das rechte wahre Stimmband ist in seiner ganzen Länge sichtbar und von 6 glatten, runden, breitbasigen, intensiv rothen Geschwülsten von verschiedener Grösse überlagert. Von diesen Geschwülsten erreicht eine die Grösse einer kleinen Kirsche, hängt in die vordere Partie der Glottis hinab und, indem sie während der Phonation den Raum zwischen beiden Stimmbändern einnimmt, behindert sie das Berühren derselben. Die übrigen Geschwülste, von bedeutend kleinerem Umfange, erreichen den freien Rand des rechten wahren Stimmbandes und bieten die Grösse einer Erbse resp. Bohne dar. Das Vorhandensein dieser Geschwülste erklärte leicht die in der Phonation und im Athmungsprocesse bestehenden Hindernisse, doch lässt sich nicht läugnen, dass in unserem Falle die obengenannten Störungen auch gewissermaassen von dem constatirten Lungenemphysem und der Bronchitis capillaris abhängig waren. Um genauere Kenntniss über die Natur der geschilderten Geschwülste zu gewinnen, untersuchte ich nach vorausgangener Anaesthesie der Kehlkopfschleimhaut mit einer 10procentigen Cocainlösung dieselben mehrmals mit der Sonde. Die Geschwülste zeigten bei der Sondenberührung eine weiche Consistenz, fühlten sich wenig prall an und bluteten sehr leicht. Alle, besonders kleinere Tumoren konnten theilweise leicht in den Raum zwischen beiden Stimmbändern reponirt werden. Dabei fielen die Wände derselben zusammen und riefen so den Eindruck einer verdickten Schleimhautduplicatur hervor. Das Resultat

der Untersuchung neigte mich also immer mehr dem Gedanken zu, dass die obengenannten Tumoren wahrscheinlich nur einen Theil der Schleimhaut des Morg. Ventrikels bilden, der sich auf einzelnen Stellen von seiner Unterlage loslöste und an der oberen Oeffnung des rechten Morg. Sinus unter der Gestalt von besonderen Geschwülsten zum Vorschein kam. Ich habe schon erwähnt, dass einige, besonders von den kleineren Tumoren sich nur theilweise mit der Sonde reponiren liessen; um also vollkommene Genesung zu erzielen, musste zu einem radicalen Mittel, nämlich zur Exstirpation der Geschwülste, Zuflucht genommen werden. Diese gelang mir auch in 3 Sitzungen. Während der ersten Sitzung, nachdem ich die Kehlkopfschleimhaut mit einer 20procentigen Cocainlösung vollkommen gefühllos machte, befreite ich den Kranken von der grössten Geschwulst. Für diesmal musste ich mich gänzlich mit dem erzielten Resultate begnügen, denn die profuse Blutung und die in Folge des Glottiskrampfes entstandenen drohenden Erstickungserscheinungen nöthigten mich, von weiteren chirurgischen Eingriffen Abstand zu nehmen. Der entfernte Tumor war vollständig glatt, erinnerte macroscopisch an die normale Schleimhaut und waren trotz des gewaltigen Zusammendrückens weder in seiner Höhle, noch in den Convexitäten des Instrumentes irgend welche Spuren von flüssigem Inhalte nachzuweisen. Der Tumor hatte an der Stelle, wo er abgeschnitten war, die grösste Breite, was die Verwachsung desselben mit einer Cyste unmöglich machte. (Diese letzte Geschwulst hatte einen flüssigen Inhalt und an der Basis das Lumen eines aus einer secernirenden Drüse entstandenen und verstopften Ausführungscanales, der die Quelle der Cyste bildete, vorgezeigt.)

Am nächsten Tage nach der Operation fühlte sich der Kranke bedeutend in seinem Leiden erleichtert, der Husten und Athem waren freier, nur verspürte Patient noch einen leichten Schmerz im Kehlkopfe an der Stelle, die dem ursprünglichen Sitze der Geschwulst entsprach. Während der fünf nächsten Tage fortschreitende Besserung und nahm die Stimme allmählig an Klarheit zu. Nachdem ich noch 3 Tage das Schwinden der Localreactionserscheinungen abgewartet hatte, ging ich an die Exstirpation der gebliebenen kleineren Geschwülste. In der zweiten Sitzung gelang es mir, bei abwechselnder Anwendung der Fauvel'schen Zange und des Schrötter'schen Polypenquetschers, noch 3 Geschwülste zu entfernen. Diese bohnengrossen Tumoren boten eine vollkommene Aehnlichkeit mit der während der ersten Sitzung entfernten Geschwulst dar. Endlich, nach einer Woche, entfernte ich die zwei noch verbliebenen, den schon entfernten ganz ähnliche Tumoren, liess den Patienten 5 Tage in Ruhe und verordnete zur Milderung des Hustens und der Localreizerscheinungen Morphiumpulver (0,01 2 Mal täglich ein Pulver) und häufige Inhalationen

mit Tinct. Thebaicae . . . . . 3,0.
Aqu. laurocerasi . . . . . 30,0.

Nach dem Ablaufe einer Woche fand ich bei einer Kehlkopfuntersuchung folgendes Bild: Das rechte wahre Stimmband ist gänzlich frei, stark injicirt und blauröthlich gefärbt; an den Stellen, wo ursprünglich die Geschwülste sich befanden, springen kleine Unebenheiten, die die Grube zwischen beiden rechten Stimmbändern einnehmen und dem Raume des rechten Morg. Ventrikels entsprechen, hervor. Die obere Oeffnung der Morg. Falte ist grösstentheils sichtbar. Diese nach der Exstirpation

der Tumoren verbliebenen Reste ätzte ich 2 Mal mit dem galvanischen Strome, die passive Hyperämie des rechten Stimmbandes, die wahrscheinlich von langdauerndem Drucke, welchen die Geschwulst auf die freie Fläche des rechten Stimmbandes ausübte, wie auch von den häufigen chirurgischen Eingriffen abhängig war, konnte ich durch energische Anwendung von Höllenstein-Lösungen fast vollständig beseitigen. Nach 6wöchentlicher Cur bekam der Pat. seine Stimme gänzlich zurück, wurde von Athemnoth befreit und erzielte eine bedeutende Milderung im Husten. Den Kranken sah ich wieder im September 1888, also 4 Monate nach vollendeter Cur, seine Stimme ist ganz klar geblieben, der Husten und die Dyspnoe haben bedeutend abgenommen.

Im Mai 1889, nach einem Jahre also vom Beginn der Krankheit, erschien Patient bei mir auf's Neue mit der Angabe, es müsse eine Verschlimmerung im Kehlkopfe stattgefunden haben, und in der That fand ich den Kranken heiser, derselbe hustete oft und stark, klagte über leise Schmerzen in der rechten Kehlkopfhälfte. Athemnoth bestand jedoch nicht. Diese Erscheinungen entwickelten sich allmählig und da der Patient der Meinung war, sie würden von selbst wieder verschwinden, so nahm er vorläufig keine ärztliche Hilfe in Anspruch. Bei der Untersuchung fand ich eine diffuse Schwellung und Röthe der Kehlkopfschleimhaut, die wahrscheinlich von Abusu in Baccho (Patient hat trotz meines Verbotes den schädlichen Genuss grosser Bier- und Schnapsquantitäten nicht aufgegeben) abhängig waren; die obere Oeffnung der Morg. Falte war auf gewissem Raume sichtbar und konnte ich in dieser einige hervorragende Unebenheiten, die wahrscheinlich auf die nun zum Vorschein kommende Vorstülpung der Schleimhaut des Morg. Ventrikels hindeuteten, auffinden. Dieselben wurden einige Mal mit dem Galvanocauter cauterisirt, die Larynxschleimhaut mit Höllenstein behandelt und stellte sich kurz darauf vollkommene Genesung ein, trotzdem Pat. noch immer seiner Vorliebe für Spirituosen treu geblieben ist. Pat. besucht mich bis heut zu Tage häufig und konnte ich während der letzten Kehlkopfuntersuchung, die ich im Januar 1890 vornahm, keine Spuren von Schleimhautvorstülpung der Morg. Falte auffinden. Die Stimme ist seit der letzten galvanischen Cauterisation klar geblieben, der Husten liess bedeutend an Intensität nach, Athemnoth kam nicht mehr zum Vorschein.

Dieser Fall bietet in der Reihe der bis heut zu Tage beschriebenen und bekannten Beobachtungen über Schleimhautvorfall der Morg. Falte ein wahres Unicum. Indem wir in allen publicirten Fällen Erkrankungen des Gesammtorganismus (Lues, Tuberculose, Krebscachexie) als Haftmomente für die Entstehung des Schleimhautvorfalls der Morg. Tasche zu constatiren im Stande waren, entwickelte sich in unserem Falle das obengenannte Leiden bei einem vollständig gesunden, vortrefflich genährten Individuum. Welche Ursachen waren es, die speciell in unserem Falle zur Entstehung einer Hernie des Morg. Ventrikels führten? Ich glaube, dass wir dieselben leicht entdecken, indem wir etwas eingehender einige ätiologische Momente, auf die wir in der Anamnese besondere Aufmerksamkeit lenkten, besprechen. Pat. leidet seit vielen Jahren an Bronch. capillaris und Lungenemphysem, es lagen also Bedingungen vor, die sowohl zur Entstehung von passiver Hyperämie in der Schleimhaut des Kehlkopfes in toto, als auch in demjenigen Abschnitte, der den Morg.

Ventrikel auskleidet, beigetragen haben. Die beständige pass. Hyperämie konnte Anlass zu Bindegewebswucherung geben, was wir auch durch den Kehlkopfspiegel, der eine Schwellung und Verdickung der Schleimhaut der unteren Fläche des Kehlkopfdeckels (Epiglottis) und des interarytaenoidalen Raumes vorzeigte, festgestellt haben. Eine ganz analoge Umwandlung konnte auch die Schleimhaut des Sinus Morg. erlitten haben. Als zweiter Factor, der in derselben Richtung seine Wirkung geltend machte, muss der Abusus spirituosorum, der auf die respiratorischen Organe einen permanenten Reiz ausübte, betrachtet werden.

(Schluss folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die im Etatsjahr 1888 89 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. Von Prof. Bürkner. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 28, Heft 4.)

Vom 1. April 1888 bis 31. März 1889 kamen 1281 Patienten zur Beobachtung. Als wirklicher Procentsatz der geheilten und gebesserten Fälle ergaben sich 75,7 pCt. Es betheiligten sich an der Gesammtzahl der Fälle die Erkrankungen des äusseren Ohres mit 26,6 pCt., des Trommelfelles mit 0,8 pCt., des Mittelohres mit 65,6 pCt., des inneren Ohres mit 4,6 pCt. Aus der Operationstabelle seien 3 Hammerexcisionen hervorgehoben; dagegen findet sich die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes nicht angeführt. Von neueren Arzneimitteln wurden genauer 3 erprobt. Das Aluminium acetico-tartaricum zeigte sich, entweder pur oder zu gleichen Theilen mit Borsäure eingeblasen, wirksam bei Rhinitis hypertrophica, chronica sicca und atrophica; das Creolin wendet B., obwohl ihm der üble Geruch, die unzuverlässige antiseptische Wirkung der anwendbaren Lösungen, ihre Trübheit und der theerig-schmierige Brei, mit dem sie die Spritzen verunreinigen, Anlass zu Klagen bieten, doch bei manchen Formen chronischer Mittelohreiterung wegen seiner secretionsvermindernden Eigenschaft an. Die Mischung von gleichen Theilen Herb. sabinae und Alum. ustum endlich hat B. zur Nachbehandlung von Polypenoperationen versucht und gefunden, dass sie der Lapisätzung bei Weitem nicht gleichkommt.

Gomperz.

Casuistische Beiträge zur operativen Behandlung der Caries des Schläfebeines (22 Meisseloperationen bei 20 Kranken). Von Dr. L. Jacoby. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 28, Heft 4 und Bd. 29, Heft 1.)

J. bringt die Krankengeschichten von 20 Patienten, an denen er 22 Mal die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes vornahm. In 10 Fällen waren es Folgezustände acuter Mittelohreiterung, 8 Mal Empyeme des Warzenfortsatzes, 1 Mal mit subperiostalem Abscesse, 3 Mal acute Caries. In einem Falle bestand rechts Empyem, links Caries. In allen diesen Fällen trat Heilung ein, und betrug die Heilungsdauer 6 Wochen bis zu 7 Monaten, im Durchschnitt $2^1/_2$ Monate. Bei einem gleichzeitig an Nephritis erkrankten Kinde war trotzdem Heilung in 2

Monaten eingetreten. Von 10 Fällen chronischer Natur waren 4 mit Cholesteatom combinirt. Sonst handelte es sich um cariöse oder nekrotische Processe des Warzenfortsatzes. 2 Patienten von diesen starben, der eine an Meningitis, der andere an Pyämie und Hirnabscess. In einem dann geheilten Falle trat Blutung nach einer Sinusverletzung, später Septicämie ein. Die grösste Heilungsdauer, 1 Mal 3 Jahre und 2 Mal 1 Jahr, war bei 3 Fällen von Cholesteatom erforderlich; in den übrigen Fällen schwankte sie zwischen $2^1/_2$ und 5 Monaten. In einem Falle von Ozaena wurde beiderseits aufgemeisselt und in $4^1/_2$ Monaten Heilung erzielt. In einem Falle von Caries nekrotica nach Scharlach trat Heilung ein nach Entfernung eines $2^1/_2$ Cm. langen, 1 Cm. breiten Sequesters, der deutlich Windungen der Schnecke erkennen liess. Nur in einem Falle konnte trotz wiederholter Trepanation keine definitive Heilung erzielt werden.

Gomperz.

Ueber das Verhalten des Gehörorgans bei Tabes. Von Dr. Morpurgo. (Archiv für Ohrenheilkunde, XXX. Band, 1. u. 2. Heft.)

Unter diesem Titel veröffentlicht der Autor die Ergebnisse der Untersuchungen der Gehörorgane von 53 Tabeskranken; nur in 10 Fällen fand sich ein normales Gehör, bei allen übrigen war dasselbe, und zwar mit einer einzigen Ausnahme, stets doppelseitig, defect; die Prüfung mittelst Stimmgabel liess den Schluss zu, dass meist der schallpercipirende Apparat afficirt gewesen sein wird. Die Hörstörungen waren im Allgemeinen nicht sehr beträchtlich, subjective Geräusche konnten nur vereinzelt, Schwindel und Menière'sche Symptome gar nicht constatirt werden.

M. sieht den Zusammenhang der constatirten Gehörstörungen mit Tabes als eine Thatsache an, wodurch er naturgemäss zu dem Schlusse kommt, dass die bisherige Annahme von dem seltenen Auftreten von Ohraffectionen im Gefolge von Tabes eine irrige sein müsse, vielmehr gerade im Gegentheil das Ohr bei Tabes sehr häufig in Mitleidenschaft gezogen werde. Insofern sich diese Behauptung auf obige Untersuchungen stützt, sind doch entschieden Bedenken dagegen auszusprechen. Für's Erste ist es auffällig, dass der Autor nicht blos für die Fälle mit Affectionen des schallpercipirenden, sondern auch des schallleitenden Apparates einen genetischen Zusammenhang mit der Tabes voraussetzt, indem er letztere als trophische Störungen hinstellt nach Analogie der experimentellen Untersuchungen von Gellé, Kirchner u. A., die sich auf krankhafte Veränderungen der Mittelohrschleimhaut nach Reizung und Durchschneidung des Trigemimus beziehen; auf den clinischen Nachweis derartiger Quintusaffectionen geht aber M. bei seinen Untersuchungen, deren eine grosse Zahl überhaupt nur je einmal vorgenommen wurde, nicht ein. Sectionsnachweise fehlen. Aber auch bei den als Erkrankungen des schallempfindenden Apparates diagnosticirten Fällen dürfte die Annahme des Autors, dass der Zusammenhang derselben mit der Tabes eine Thatsache sei, weiterer Begründung bedürfen, zumal die anamnestischen Angaben sehr spärliche sind. — Sodann werden sich in einer grossen Zahl der Untersuchungen die gefundenen Hörstörungen viel leichter durch andere Umstände deuten lassen, vor Allem durch das Alter der Untersuchten. Es beziehen sich nämlich die 53 Untersuchungen

auf 15 Individuen zwischen 30—40 Jahren, auf 16 zwischen 40 bis 50 Jahren und auf 22 zwischen 50—80 Jahren. Von den als normalhörend befundenen 10 Individuen entfallen nicht weniger als 7 auf die jüngste Altersclasse (30 — 40 Jahre), 2 auf die folgende (40 — 50 Jahre), während von 22 der letzten Classe (50 — 80 Jahre) nur ein Einziger normalhörend war. In Zusammenhang hiermit beträgt der vom Autor als 81,13 pCt. gefundene Procentsatz ohrenkranker Tabiker, auf die jüngste Classe vertheilt, nur 53 pCt., auf die älteste dagegen 95,5 pCt., ein Unterschied, welcher bei Voraussetzung eines und desselben zu Grunde liegenden Krankheitsprozesses (Tabes) schwer verständlich sein dürfte. Keller.

Influenza, Diabetes, Otitis media purulenta, einseitige Epilepsie, Operation wegen vermutheten Gehirnabscesses, Autopsie. (A Case of Hemiplegic Epilepsy, Probably Diabetic, Simulating Cerebral Abscess.) Von Robert Abbe, New-York. (New-York. Med. Journ., 9. August 1890.)

45jähriger kräftiger Mann. Anfall von Influenza Ende December 1889, Otitis media purulenta der linken Seite, Polyurie, starker Verfall der Kräfte. Im folgenden Februar aphasische Zufälle, Kopfschmerz, meist linksseitig, Schwindelgefühl, Schläfrigkeit. Im März 1890 traten epileptische Anfälle der rechten Körperseite auf; anfangs waren blos die Extremitäten betroffen, später auch der Facialis. Nach jedem Anfall vorübergehend Aphasie. Wegen Verdachts auf Syphilis Jodkalium in starken Dosen; keine Besserung. Augenhintergrund normal. Ende März trat eitrige Entzündung des linken Warzenfortsatzes hinzu. Man dachte an die Möglichkeit, dass die Eiterung nach innen perforirt habe und durch Druck auf die motorischen Rindencentren der oberen und unteren Extremität und der Facialis, sowie auch auf das Sprachcentrum, die Functionsstörung dieser Theile bedinge. Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes mit Blosslegung der Dura, Fahndung nach einem intracraniellen Eiterherd, jedoch ohne Erfolg. 3 Tage darauf Trepanation des Schädeldaches vor dem unteren Ende der (linken) Fissura Rolandi, Exploration der Gehirnsubstanz mittelst Sonde. Kein Eiter. Exitus nach 5 Tagen. Autopsie: Gehirn und Meningen macroscopisch vollkommen normal. Peritonitische Adhäsionen am Pancreas, Milz und Colon transversum. Pancreas zu einem Viertel seiner normalen Grösse geschrumpft, bindegewebig entartet. Es beruhten demnach die Symptome, welche einen Gehirnabscess vortäuschten, auf dem Diabetes. A. Sch. (N.-Y.)

b) Rhinologische:

Die Anatomie der Nasenhöhlen. (The anatomy of the nasal chambers.) Von Harrison Allen, Philadelphia. (The New-York med. Journ., 2. Februar 1889.)

Verf. giebt eine klinisch-anatomische Beschreibung der Nasenhöhlen. Unter vielem Bekannten erwähnt er auch das Hervorragen von aufgetriebenen Ethmoidalzellen in dem vorderen Theil der Nasenhöhle, hinter dem Proc. uncinnatus. Er hat an Schädeln nicht so ganz selten eine Asymmetrie der beiden Nasenhöhlen gefunden ohne Deviation des

Septums, öfter betraf diese Verengerung die linke Seite. Die hinteren Enden der 4 unteren Muscheln können physiologisch über die hintere Fläche der Choanen hervorragen, ohne dass der Mensch davon belästigt wäre. Dr. M. Schm.

Ueber Rhinitis pseudomembranacea, Rhinitis fibrinosa, crouposa. (Du coryza pseudomembraneux, rhinite fibrineux, croupale.) Von Dr. V. Raulin. (Revue de laryngologie No. 9.)

1882 zuerst von Schüler im Jahrbuch für Kinderheilkunde und 1883 von Henoch beschrieben, wurden später einige seltene Fälle von Major, Hartmann, Seifert, Moldenhauer, Hamilton Potter, Chapin beschrieben. Verf. giebt die genaue Geschichte vier weiterer, in der Moure'schen Klinik beobachteter Fälle.

Die Krankheit kommt fast nur bei Kindern vor; nicht contagiös, sporadisch auftretend, meist beim weiblichen Geschlechte; Ursache unbekannt. Die primäre Form beginnt als starker Schnupfen, Fieber; dann Membranen verschiedener Dicke, Eczema der Oberlippe, meist doppelseitig; keine Ganglienschwellung und kein gestörtes Allgemeinbefinden im späteren Stadium. Die secundäre Form ist viel seltener; Seifert hat einen Fall beschrieben. Heilung ist der gewöhnliche Ausgang. Microscopisch zeigen die Pseudomembranen keine Bacillen, wie sie Löffler bei Diphtheritis beschrieben hat; auch zeigt die Mucosa ein intactes Epithel, während bei Diphtheritis Necrose mit Geschwür- und Narbenbildung besteht. Die Differentialdiagnose ist Anfangs nicht leicht zu stellen und giebt der Verlauf die besten Anhaltspunkte. Die milde locale Behandlung ist am besten; gewaltsames Entfernen der Membranen mittelst Sonde und Pincette verschlimmert das Leiden. Cocain, Papaïn, Atropin, Jod, Jodol, Menthol, Säuren helfen nicht; man bepinselt am besten mit Acid. lacticum 1 Gramm, Acid. carbol. 1,50 Gramm, Glycerin 15 Gramm.

Dr. P. K.

Cystopneumatische Degeneration der mittleren Nasenmuschel. (Transformation kystopneumatique du cornet moyen.) Von Dr. Schmiegelow. (Société médicale de Copenhague und Revue de laryngologie No. 10.)

Verf. giebt 3 solche Krankengeschichten. Immer ist polypöse Degeneration der umgebenden Mucosa dabei. Kopfschmerzen, als Reflexneurose zu betrachten, fehlen nie; die übrigen localen Symptome sind die der Nasenobstruction und der Knochencysten im Allgemeinen.

Dr. P. K.

Ein Fall von Nasenstein. (Un cas de rhinolithe.) Von Dr. Baden. (Hosp. Tidende und Annales maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Eine 45jähr. Frau leidet seit 4 Jahren an stinkendem rechtsseitigen Nasenfluss; rechtsseitiges Ohrensausen nebst Stirn- und Schläfenschmerzen. Ein beweglicher harter Körper wird aus dem rechten Nasenloch entfernt. Das Centrum des Körpers war durch einen Kirschkern gebildet; um denselben hatten sich Kalk und kohlensaure Salze angelegt.

Dr. P. K.

Ueber Hyperostose des vor der Maxilla gelegenen Theils der Nasenscheidewand. (On hyperostosis of the praemaxillary portion of the nasal septum.) Von Harrison Allen, Philadephia. (Med. News, 23. August 1890.)

Aus der Beschreibung des Verf.'s ist mir nicht ganz klar geworden, wo die Verdickung liegt. Es scheint mir die Stelle dicht hinter dem Naseneingang zu sein und die Verdickung wird ungefähr das darstellen, was von anderer Seite als Luxation des Septums beschrieben worden ist, denn er führt Fälle an, in welchen die fragliche Verdickung in der Mitte des Septums nach hinten zu gelegen war. Er beschreibt 4 Fälle, welche erst dann von ihren Beschwerden ganz befreit wurden, als er diese Massen entfernt hatte. Dr. M. Schm.

Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. (Enlévement des corps étrangers du nez.) Von Dr. Charles W. Dodd. (Lancet, 3. Novbr. 1889 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Ein 1 — 2 Fuss langes Kautschukrohr wird in das freie Nasenloch eingeführt, so dass es selbes ganz ausfüllt; der Arzt bläst stark zum anderen Ende hinein und der Fremdkörper wird herausbefördert; bei Kindern wird durch das Schreien das Gaumensegel gehoben und der Mund abgeschlossen; bei Erwachsenen erzielt man diesen Abschluss durch Wasserschlucken. Die Manipulation versagt nie. Dr. P. K.

Melanosarcome der Nase. (Mélanosarcomes du nez.) Von Dr. Michael. (Congrès internat. de Berlin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Melanosarcome sind selten. Verf. beschreibt einen Fall. Ein zweiter Fall schien dieselbe Diagnose zu rechtfertigen, die microscopische Untersuchung ergab aber einen einfachen, durch Pigmentschwarz gefärbten Nasenpolypen; ein ähnlicher Fall befindet sich nirgends beschrieben.
Dr. P. K.

Ein lufthaltiger Nasenpolyp. (Un cas de polype nasal contenant de l'air.) Von Dr. Michael. (Congrès internat. de Berlin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Ein bei einem 7jährigen Mädchen entfernter einfacher Nasenpolyp liess beim Durchschneiden unter Wasser Luft entweichen. Verf. konnte in der Literatur keinen ähnlichen Fall finden und vergleicht ihn mit den öfters beobachteten Fällen von lufthaltigen Vaginalpolypen.
Dr. P. K.

Zur Casuistik des Rhinoscleroms. Von Dr. A. Lutz in Honolulu. (Monatshefte für pract. Dermatologie No. 2, Bd. XI.)

Bei einem 30jähr. Neger befiel das Sclerom zuerst die Oberlippe und das linke Nasenloch, kroch in dasselbe hinein, um im Verlaufe des nächsten Jahres auf das rechte Nasenloch über zu gehen. Der knorpelige Theil der Nase ist diffus verdickt, die Resistenz desselben erreichte die Härte eines Chondroms, das Lumen beider Nasenlöcher ist total verlegt. Durch Tampons und Einlegen von Federposen wurde zwar das Lumen der Nasenlöcher hergestellt, doch der Process selbst, trotz der Anwendung

von Salicyl-Carbolsäure, Pyrogallol und Chrysarobin, Sublimat, nicht zur Heilung gebracht. — In einem excidirten Stücke konnten microscopisch hyaline Kugeln nur spärlich nachgewiesen werden, die Rundzellen waren mehr weniger gestreckt und fanden sich dazwischen auch Züge von welligem Bindegewebe; der characteristische Bacillenbefund konnte trotz der grössten Sorgfalt nicht erhoben werden.

Szenes.

Adenoide Gewächse im Cavum nasopharyngeum, gewöhnlich postnasale Gewächse genannt. (Adenoid growths in the nasopharynx, commonly called postnasal growths.) Von W. R. H. Stewart, London. (Lancet, 20. Septbr. 1890.)

Unter den ganz richtig auseinander gesetzten Folgen führt Verf. auch das leichtere Verderben der Zähne durch das Offenstehen des Mundes an. Die Diagnose macht er mit dem Finger, weil es beinahe immer unmöglich sei, die Rhinoscopia posterior zu machen (? Ref.). Er operirt sie fast nur mit dem Gottstein'schen Schaber oder mit seinem Fingernagel und zwar immer in der Chloroformnarcose. Wenn man mit einer Zange operire, so soll man immer den Finger als Leiter benutzen. Man solle vor der Operation immer nach einer etwaigen hämorrhagischen Diathese fragen.

Dr. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Epithelioma an den Zahnwurzeln, alle Symptome eines Osteosarcoms darbietend. Resection des Unterkiefers. Heilung. (Epithélioma paradentaire présentant tous les signes d'un sarcome du maxillaire inférieur. Résection du maxillaire. Guérison.) Von Dr. Polaillon. (Union médicale und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20.)

Ein 53jähriger Mann hatte am horizontalen Ast des rechten Unterkiefers eine bohnengrosse Geschwulst; eine Zeit lang stationär, wuchs sie später ziemlich schnell bis zu Kindskopfgrösse heran. Alle Symptome eines Osteosarcoms waren vorhanden. Die Resection wurde ausgeführt und der Kranke heilte. Die microscopische Untersuchung ergab ein Epithelioma.

Dr. P. K.

Sollen wir den idiopathischen Retropharyngeal-Abscess von innen oder von aussen eröffnen? Von Dr. Johann Bókai, Docent und Primararzt in Budapest. (Orvosi hetilap No. 30, 1890. — Festschrift zu E. Henoch's 70. Geburtstag.)

Auf Grund der Erfahrungen seines seligen Vaters und seiner 138 Fälle kam Verfasser zu dem Schlusse, dass der von Burckhardt empfohlenen Methode bei der operativen Behandlung der idiopathischen Retropharyngeal-Abscesse keineswegs der Vorrang vor der inneren Eröffnung zugestanden werden kann, um so weniger, da die äussere Eröffnung eine solch' heikle Operation ist, die nicht durch jeden Arzt und zu jeder Zeit und unter welchen Umständen immer ausgeführt werden kann. In Folge der Unschlüssigkeit in der Vornahme der Operation dieser Abscesse oder des Aufschubes derselben, kann der Patient um's Leben kommen. Doch giebt Verfasser andererseits gerne zu, dass der

Burckhardt'schen Methode bei der Operation der Abscesse spondylitischen Ursprungs und auch bei den durch Fremdkörper hervorgerufenen Retropharyngeal-Abscessen eine Zukunft prognosticirt werden kann. Szenes.

Drüsenanschwellung an der Zungenbasis. Zungentonsille. Bericht eines Falles. (Glandular Hypertrophy at Base of Tongue. Lingual Tonsil. Case Report.) Von A. B. Thrasher, Cincinnati, O. (The Journal of the Amer. Med. Ass, 5. Juli 1890.)

Trotz des vielversprechenden Titels bringt der kurze Artikel doch nichts dem Specialisten Unbekanntes. W. Fr. (N.-Y.)

Ein Fall von Osteom des Stirnsinus. (A case of osteoma of the frontal sinus.) Von Stanley Boyd. (Lancet, 20. Septbr. 1890.)

Der elfenbeinähnliche Tumor war in 7 Jahren gewachsen. Er wurde mit Erfolg entfernt. Dr. M. Schm.

Kann bei Larynxphthise durch endolaryngeale chirurgische Behandlung eine radicale Ausheilung des Kehlkopfes erlangt werden? Von Dr. Th. Heryng. (Berl. klin. Wochensch. No. 37 und 38, 1890.)

H. erörtert die Frage, ob das tuberculöse Ulcus oder Infiltrat im Larynx durch chirurgische Eingriffe radical beseitigt werden kann, und ob, ausser klinischen Beweisen, welche bereits vorliegen, auch anatomische Präparate und microscopische Befunde als Stützen für die Möglichkeit einer totalen Heilung erbracht werden können. Die Antwort hierauf lautet: „dass bei combinirter Larynx- und Lungenphthise durch chirurgische Behandlung der Kehlkopf in den seltensten Fällen zur völligen Ausheilung gelangen und seine Functionen wiedererlangen kann, dass in anderen, häufigeren Fällen eine bedeutende, Monate und Jahre anhaltende Besserung zu erzielen ist, trotzdem aber Recidiven nicht vorgebeugt, der weiteren Entwickelung von Destructionen in der Lunge durch sie nicht entgegengewirkt werden kann, ferner dass die Allgemeinbehandlung immer als das wichtigste Moment der Therapie angesehen werden muss". H. geht von dem Grundsatze aus, dass, obwohl die Prognose fast immer durch die Lungenerkrankung bestimmt werde, der grösste Theil der Larynxphthisiker ungeheilt bleibe, und die genannte combinirte Erkrankung in den meisten Fällen letal verlaufe, — es dennoch Pflicht sei, nach Möglichkeit gegen sie anzukämpfen, da die Tuberculose des Larynx zu den qualvollsten Leiden Veranlassung gäbe und die Kranken öfters dem Hungertode aussetze. Es müsse danach getrachtet werden, die Qualen zu lindern, das Leben zu verlängern und, wie in höchst seltenen, glücklichen Fällen möglich sei, Ausheilung im Larynx und Wiederherstellung seiner Functionen anzuregen. H. bezeichnet die Erfolge, welche er nach diesen Richtungen mit der von ihm angegebenen Behandlungsmethode in den seit seiner ersten Arbeit über diesen Gegenstand (die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre chirurgische Behandlung) verflossenen 4 Jahren erzielt hat, als ermuthigend. Es werden 3 Fälle mitgetheilt, welche dieses Urtheil allerdings rechtfertigen. Der

erste Fall betraf eine tuberculöse 48jährige Frau mit tuberculöser Infiltration der Epiglottis, der Aryknorpel, des linken Taschenbandes und verschiedenen tiefen Ulcerationen an diesen Theilen. Die Behandlung bestand in Application von Milchsäure, Auskratzung der Ulcerationen mit dem scharfen Löffel, Aetzungen mit Chromsäure, Chlorzink und Injectionen von Jodoform in das Lig. aryepiglott. und Taschenband. Es trat allmählig Vernarbung ein, welche jetzt bereits über 3 Jahre angehalten hat. Die Stimme ist rein und gut, Allgemeinzustand ganz befriedigend. Der zweite Fall, eine tuberculöse 38jährige Frau mit hochgradiger tuberculöser Infiltration der Epiglottis und ausgebreiteten Ulcerationen am rechten Taschenbande und auf der hinteren Larynxwand, ging an der Lungenaffection zu Grunde, nachdem im Kehlkopf Vernarbung eingetreten war und ebenfalls über 3 Jahre gedauert hatte. „Sie sprach und sang mit ganz reiner Stimme." Das betr. Kehlkopfpräparat konnte erlangt werden und zeigt, wie aus der Narbe ersichtlich, vollkommene Ausheilung des Processes, ohne Recidiv, trotz fortschreitender Lungenphthise. Bei dem dritten Kranken, einem tuberculösen 28jähr. Polizisten, der ein halbes Jahr in Beobachtung stand und dann an einer Pneumonie zu Grunde ging, war eine grosse circumscripte tuberculöse Infiltration der hinteren Larynxwand durch Auskratzung im Verlaufe von ca. 3 Wochen in Heilung und Vernarbung übergeführt worden. Durch die microscopische Untersuchung der glatten Narbe an der Hinterwand haben Tuberkel- oder Bacillendepots eben so wenig nachgewiesen werden können, wie in allen übrigen Kehlkopftheilen, die trotz äusserlich normaler Beschaffenheit hierauf besonders untersucht wurden.

H. wendet sich sodann gegen die etwaige Behauptung, dass diese 3 Fälle solche von spontaner Heilung gewesen sein möchten. Er hat unter 1980 Fällen von Larynxphthise nur 14 Mal spontane Heilung beobachtet, und zwar fast ausnahmslos nur in leichten Fällen von Stimmbandgeschwüren, bei gutem Allgemeinzustand, guten äusseren Verhältnissen und Lungenaffection „fibrösen" Charakters. Dem gegenüber stehen aber an Erfolgen der chirurgischen Behandlung 70 Vernarbungen in einem Zeitraume von 4 Jahren, bei denen Beseitigung der Dysphagie, Wiederherstellung der Stimme und Verlängerung des Lebens erreicht werden konnte. Trotzdem will H. mit diesen Fällen nicht die Möglichkeit einer radicalen Ausheilung der combinirten Larynxphthise beweisen (da die Dauer der Heilung nicht garantirt werden könne und Recidive öfters eintreten); wohl aber nimmt er ihre Beweiskraft in Anspruch für die Vortheile der Methode, wenn sie, unter gewissenhafter Auswahl der Fälle und nicht ohne specielle Indication, mit Consequenz und Energie durchgeführt wird (und hierin muss auch Referent Herrn Collegen Dr. Heryng vollkommen beistimmen).

Dass H. in leichteren Fällen von beginnender Larynxphthise Anfangs auch mildere Mittel local anwendet, die Besserung des Allgemeinbefindens und der Lungenerkrankung etc. berücksichtigt und nicht jeden Fall sofort unter seine Instrumente nimmt, ist selbstverständlich. Die Nothwendigkeit einer chirurgischen Behandlung mancher Fälle ergiebt sich für ihn übrigens aus der „durch Theorie und Praxis immer mehr bestätigten" Erfahrung, dass eine primäre Larynxphthise existirt, „dass dieselbe öfter vorkommt, als dies gewöhnlich angenommen wird", und dass vom

Larynx aus eine allgemeine Infection bezw. secundäre Lungenaffection nicht ausgeschlossen werden könne.

Als Indicationen für das Curettement stellt H. auf: begrenzte Infiltrationen resp. wuchernde Geschwüre der hinteren Larynxwand und frische, einseitige, entzündliche Infiltrate an der Epiglottis; Infiltrationen und tiefe Ulcerationen der Taschenbänder; wuchernde Geschwüre mit Granulationsbildungen, die von der Oberfläche oder den Rändern der Stimmbänder, oder von den Proc. vocales ausgehen und manchmal zu Granulationsstenose führen.

Als Grundsatz müsse hierbei gelten, so tief, so energisch wie möglich vorzugehen.

Contraindicirt sei die Methode bei stark deprimirten, heruntergekommenen, willenlosen, bei hochgradig fiebernden und kraftlosen Pat., bei solchen, welche an Spiegel und Instrumente nicht genügend gewöhnt oder nervös, ungeduldig, misstrauisch sind, welche ambulatorisch behandelt werden wollen und sofortige Besserung erwarten, bei solchen endlich, denen Beschäftigung und Charakter nicht erlaubt, die immer langwierige Behandlung consequent durchzuführen. Heinze.

Notiz.

Der **10. Congress für innere Medicin** findet **vom 6. — 9. April 1891** zu Wiesbaden statt. Den Vorsitz übernimmt Herr Leyden (Berlin).

Als Hauptthemata sollen zur Verhandlung kommen:

Montag, 6. April: Die Gallensteinkrankheiten. Referenten: Herr Naunyn (Strassburg) und Herr Fürbringer (Berlin).

Dienstag, 7. April: Das Koch'sche Heilverfahren bei Lungentuberculose und anderen inneren tuberculösen Erkrankungen.

Mittwoch, 7. April: Angina pectoris. Referenten: Herr A. Fränkel (Berlin) und Herr O. Vierordt (Heidelberg).

Ausserdem sind folgende Vorträge bereits angemeldet: Herr Kahler (Wien): Ueber intermittirende Albuminurie. — Herr Mosler (Greifswald): Ueber Behandlung der Leukämie. — Herr Th. Schott (Nauheim): Ueber Differentialdiagnostik der Pericardialexsudate und der Herzdilatation. — Herr Knoll (Prag): 1) Zur Lehre von den Kreislaufstörungen. 2) Zur Lehre von den krankhaften Veränderungen der quergestreiften Musculatur. — Herr Brieger (Berlin): Ueber chemische Vorgänge bei Infectionskrankheiten. — Herr Rosenstein (Leiden): Ueber die Diagnose der hypertrophischen Lebercirrhose. — Herr Quincke (Kiel): Ueber Hydrocephalus. — Herr Eichhorst (Zürich): Wahrnehmungen über den Patellarsehnenreflex bei Tabes dorsalis. — Herr Edlefsen (Kiel): 1) Zur Frage der Entstehung des vesiculären Athmungsgeräusches. — 2) Zur Statistik der Varicellen, mit Rücksicht auf die neuerdings wieder behauptete Zugehörigkeit derselben zur Variola. — Herr Külz (Marburg): Thema vorbehalten. — Herr Tappeiner (München): Ueber die diuretische Wirkung der Phenylmethylpyrazolcarbonsäure. — Herr G. Klemperer (Berlin): Thema vorbehalten. — Herr Leo (Bonn): Thema vorbehalten. — Herr Friedländer (Leipzig): 1) Ueber die Methode der „mathematischen Diagnostik" des acuten Gelenkrheumatismus und aller

sonstigen Gestaltungsformen des Rheumatismus centralis. 2) Zur Aetiologie des Morbus Brightii. — Herr Leubuscher (Jena): Klinische Untersuchungen über die Säureabscheidung bei Geistes- und Nervenkrankheiten — Herr Lenhartz (Leipzig): Thema vorbehalten. — Herr Schmaltz (Dresden): Die Untersuchung des specif. Gewichts des menschlichen Blutes und das Verhalten desselben bei anämischen Zuständen. — Herr Mordhorst (Wiesbaden): Zur Diagnose und Behandlung der Gicht.

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung neuerer ärztlicher Apparate, Instrumente, Präparate etc. verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an den Secretär des Congresses, Herrn Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Friedrichstrasse, zu richten.

Das Geschäfts-Comité des Congresses für innere Medicin.
Curschmann. Immermann. v. Ziemssen. Bäumler.
Dr. Emil Pfeiffer,
ständiger Secretär des Congresses.

III. Inserate.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:

Die pathologische Anatomie des Gehörorgans

bearbeitet von Prof. Dr. **Steinbrügge.**

1891. gr. 8. Mit 20 Holzschn. 3 M.

(Prof. Orth's Lehrbuch der pathol. Anatomie. 6. Lfg.)

INHALT.

I. Originalien: Lamann: Die Accumulatoren im Dienste der Laryngologie etc. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin (Schluss). — Hansberg: Heilung eines grossen „typischen" Nasenrachenpolypen. — Przedborski: Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni) (Fortsetzung). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bürkner: Bericht über die im Etatsjahr 1888/89 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. — Jacoby: Casuistische Beiträge zur operativen Behandlung der Caries des Schläfebeines (22 Meisseloperationen bei 20 Kranken). — Morpurgo: Ueber das Verhalten des Gehörorgans bei Tabes. — Abbe: Influenza, Diabetes, Otitis media purulenta, einseitige Epilepsie, Operation wegen vermutheten Gehirnabscesses, Autopsie. — b) Rhinologische: Allen: Die Anatomie der Nasenhöhlen. — Raulin: Ueber Rhinitis pseudomembranacea, Rhinitis fibrinosa. crouposa. — Schmiegelow: Cystopneumatische Degeneration der mittleren Nasenmuschel. — Baden: Ein Fall von Nasenstein — Allen: Ueber Hyperostose des vor der Maxilla gelegenen Theils der Nasenscheidewand. — Dodd: Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. — Michael: Melanosarcome der Nase. — Michael: Ein lufthaltiger Nasenpolyp. — Lutz: Zur Casuistik des Rhinoscleroms. — Stewart: Adenoide Gewächse im Cavum nasopharyngeum, gewöhnlich postnasale Gewächse genannt. — c) Pharyngolaryngologische: Polaillon: Epithelioma an den Zahnwurzeln, alle Symptome eines Osteosarcoms darbietend. Resection des Unterkiefers. Heilung. — Bókai: Sollen wir den idiopathischen Retropharyngeal-Abscess von innen oder von aussen eröffnen? — Thrasher: Drüsenanschwellung an der Zungenbasis. Zungentonsille. — Boyd: Ein Fall von Osteom des Stirnsinus. — Heryng: Kann bei Larynxphthise durch endolaryngeale chirurgische Behandlung eine radicale Ausheilung des Kehlkopfes erlangt werden? — Notiz. betr. den 10. Congress für innere Medicin. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, März 1891.** **No. 3.**

I. Originalien.

Das Gewicht menschlicher Gehörknöchelchen.

Von

A. Bistrzycki und **K. v. Kostanecki.**

Urbantschitsch*) hat durch genaue Messungen menschlicher Gehörknöchelchen gezeigt, dass „das Wachsthum derselben bereits im frühesten Kindesalter abgeschlossen zu sein scheint, und dass bei der Mannigfaltigkeit, welche die Grösse der Gehörknöchelchen im Allgemeinen aufweist, es nicht selten vorkommt, dass die Ossicula beim Erwachsenen sogar kleiner sind, als bei Neugeborenen."

Die Arbeit von Eitelberg**), der an sorgfältig macerirten Gehörknöchelchen in 30 Fällen Wägungen ausgeführt hat, beschäftigt sich mit der Frage, ob dieser Gleichheit in der Form und Grösse bei den Gehörknöchelchen des Kindes und des Erwachsenen auch eine gleiche Compactheit der Gebilde entspricht, oder ob sich in dieser Beziehung bemerkbare Unterschiede feststellen lassen. Es ergab sich nun, dass der Ambos und vor Allem der Hammer beim Kinde ein niedrigeres Gewicht, als beim

*) Zur Anatomie der Gehörknöchelchen des Menschen. Archiv f. Ohrenheilkunde Bd. XI, pag. 1—11.

**) Resultate der Wägungen menschlicher Gehörknöchelchen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde XVIII, 1884.

Erwachsenen besitzt, dass also „die Massenzunahme noch über das zarte Kindesalter hinaus vor sich geht". Beim Steigbügel macht sich dagegen ein solcher Unterschied nicht geltend. Die individuellen Schwankungen im Gewichte der Gehörknöchel erwiesen sich als sehr beträchtlich, während bedeutendere Unterschiede zwischen den Gehörknöchelchen beider Seiten desselben Individuums nicht bestanden. Auch das Geschlecht der Individuen, denen die Knöchelchen entnommen waren, hatte keinen Einfluss auf das Gewicht der letzteren. Die höchsten Gewichtszahlen erhielt Eitelberg für den Hammer und den Ambos bei Personen im mittleren Lebensalter (20 — 50 Jahre). Er hebt aber selbst hervor, dass man natürlich nur auf Grund einer viel grösseren Vergleichstabelle aussagen könnte, ob das Gewicht der Gehörknöchel „in dieser Periode bezüglich der festen Bestandtheile die Norm quasi überschreite, um vielleicht in einer späteren Periode, im Greisenalter, zur durchschnittlichen Gewichtshöhe zurückzukehren". Das gegenseitige Verhältniss des Gewichts der einzelnen Gehörknöchelchen zeigte auch wenig Regelmässigkeit. Der Ambos war in der Regel schwerer als der Hammer, in mehreren Fällen gleich schwer, einmal selbst leichter. Eben so wenig zeigte das Gewicht des Steigbügels ein constantes Verhältniss zu dem der anderen Knöchel, indem keineswegs zu den schwersten Hammern und Ambosen auch die schwersten Steigbügel gehörten.

Um nun zur Beurtheilung dieser Fragen, die sich nur auf Grund einer möglichst umfangreichen Statistik beantworten lassen, einiges Material beizubringen, haben wir in 22 Fällen die Wägung von Gehörknöcheln vorgenommen. Um aber alle zufälligen Gewichtsdifferenzen auszuschliessen, haben wir die Knöchel nicht direct nach der Maceration gewogen, indem wir von der Auffassung ausgingen, dass der Grad der Maceration, die Intensität und Dauer derselben, auch Einfluss darauf haben muss, wie viel von den organischen Bestandtheilen durch Fäulniss zerstört wird, was in diesem Falle, wo es sich höchstens um Gewichte von wenigen Centigrammen handelt, nicht zu unterschätzende Unterschiede liefern kann. Wir haben daher die Knöchel zunächst einer Maceration unterworfen, die theils in derselben Weise wie von Eitelberg vorgenommen, theils aber nur so weit ausgeführt wurde, dass nach Reinigung der Knöchel auch mit der Lupe keine Weichtheile mehr an ihnen wahrgenommen werden konnten, sodann aber im Platintiegel ausgeglüht und den Rückstand, die Asche, also die eigentlich festen Theile, gewogen.

Dass auch bei der sorgfältigsten Maceration organische Substanzen stets in den Knöcheln zurückbleiben, beweist der Umstand, dass dieselben beim Glühen sich jedes Mal vollständig schwärzten. Mehrmals war sogar die Menge der noch vorhandenen organischen Substanz so bedeutend, dass diese beim Erhitzen des Tiegels mit heller Flamme verbrannte. Und dass der Grad der Maceration auf die Menge der Ueberreste der organischen Bestandtheile von Einfluss ist, mag folgende Zusammenstellung von Gewichten einiger Gehörknöchelchen beweisen, die zunächst ungeglüht, dann geglüht gewogen wurden: Trotzdem sie äusserlich allem Anscheine nach völlig gleich macerirt waren, stehen die Gewichtsverluste, welche sie beim Glühen erlitten, in keinem regelmässigen Verhältniss zu einander.

TABELLE I.

No.	Hammer			Ambos			Steigbügel		
	ungeglüht	geglüht	Differenz	ungeglüht	geglüht	Differenz	ungeglüht	geglüht	Differenz
6	0,0236	0,0159	0,0077	0,0228	0,0154	0,0074	0,0017	0,0010	0,0007
13	0,0269	0,0176	0,0093	0,0278	0,0184	0,0094	0,0031	0,0015	0,0016
15	0,0239	0,0163	0,0076	0,0277	0,0200	0,0077	0,0034	0,0019	0,0015
18	0,0239	0,0155	0,0084	0,0261	0,0175	0,0086	0,0033	0,0021	0,0012
19	0,0283	0,0185	0 0098	0,0303	0,0202	0,0101	0,0027	0,0018	0,0009
22	0,0270	0,0179	0,0091	0,0308	0,0206	0,0102	0,0030	0,0020	0,0010

Die Wägungen wurden mit einer höchst empfindlichen Waage ausgeführt, welche bei der in Frage kommenden Belastung noch Gewichtsdifferenzen von 0,0001 Gramm mit Sicherheit anzeigte.

Unsere gesammten Wägungen ergaben nun folgende Resultate:

TABELLE II.

No.	Alter.	Geschlecht	Hammer	Ambos	Steigbügel
1	Neugeboren	männl.	0,0086	0,0092	0,0010
2	1 Jahr	weibl.	0,0128	0,0137	0,0012
3	9 Jahre	„	0,0150	0,0161	0,0014
4	11 „	männl.	0,0164	0,0166	0,0018
5	13 „	weibl.	0,0142	0,0159	—
6	20 „	„	0,0159	0,0154	0,0010
7	25 „	„	0,0153	0,0201	0,0018
8	20—30 Jahre	„	0,0172	0,0194	0,0020
9	20—30 „	männl.	0,0177	0,0194	0,0025
10	33 Jahre	„	0,0137	0,0164	0,0012
11	36 „	„	0,0170	0,0180	0,0017
12	37 „	„	0,0137	0,0163	0,0019
13	30—40 Jahre	weibl.	0,0176	0,0184	0,0015
14	30—40 „	„	0,0181	0,0224	0,0026
15	44 Jahre	„	0,0163	0,0200	0,0019
16	40—50 Jahre	„	0,0170	0,0204	—
17	40—50 „	männl.	0,0198	0,0232	0,0041
18	50—60 „	„	0,0155	0,0175	0,0021
19	60 Jahre	weibl.	0,0185	0,0202	0,0018
20	67 „	männl.	0,0140	0,0166	—
21	60—70 Jahre	„	0,0174	0,0225	0,0044
22	60—70 „	weibl.	0,0179	0,0206	0,0020

Die Tabelle zeigt, dass die Gehörknöchelchen des neugeborenen und des einjährigen Kindes einen viel niedrigeren Aschengehalt haben, als die älterer Individuen, dass dagegen vom neunten Jahre ab bis in's Greisenalter sehr bedeutende Schwankungen vorkommen, ohne dass die Unterschiede in einem regelmässigen Verhältniss zu dem Alter der Individuen stehen. In den folgenden, vergleichenden Betrachtungen sind die Nummern 1 und 2 nicht berücksichtigt.

Das Gewicht der Hammerasche schwankte zwischen 0,0137 und 0,0198 Gramm, das höchste Gewicht (0,0198 Gramm) fand sich bei einem Manne im mittleren Lebensalter; doch der darnach höchste Werth

(0,0185 Gramm) wurde bei einer Frau von 60 Jahren gefunden, und der niedrigste Werth (0,0137 Gramm) trifft einen Mann von 33 und einen von 37 Jahren.

Ganz analog verhielt sich die Asche des Amboses. Ihr Gewicht betrug 0,0154 bis 0,0232 Gramm; das höchste Gewicht (0,0232 Gramm) fand sich bei demselben Manne, dessen Hammer auch das höchste Gewicht hatte; da auch die zugehörige Steigbügelasche ein aussergewöhnlich hohes Gewicht aufweist, so war in diesem Falle bei allen drei Gehörknöchelchen die Ansammlung der Salze ganz ungewöhnlich stark. Im Allgemeinen gehören zu den schwereren Hammern auch entsprechend schwerere Ambose, wenngleich mehrere Ausnahmen zu verzeichnen sind. Das Aschengewicht des Hammers wird fast stets von demjenigen des Amboses übertroffen, wenn auch die Differenzen sehr verschieden gross sind, von 0,0002 bis 0,0051 Gramm; nur in einem Falle überstieg das Gewicht des Hammers dasjenige des Amboses, allerdings nur um die geringe Grösse von 0,0005 Gramm.

Der Steigbügel schwankt in seinem Aschengewicht zumeist zwischen 0,0010 und 0,0026 Gramm; nur in zwei Fällen erreichte es den abnorm hohen Werth von 0,0041 und 0,0044 Gramm. Auch beim neugeborenen und beim einjährigen Kinde betrug das Gewicht der Steigbügelasche bereits 0,0010 und 0,0012 Gramm. Es stimmt dies völlig mit der von Eitelberg hervorgehobenen Thatsache, dass, während die anderen Gehörknöchelchen über das embryonale Leben hinaus noch mehr oder weniger lange Zeit an Masse zunehmen, der Steigbügel bereits beim 8monatlichen Embryo in Hinsicht des Gewichtes seine vollständige Ausbildung erreicht. Aus unseren Wägungen geht ferner hervor, dass das Aschengewicht des Steigbügels durchaus nicht im Verhältniss zum Aschengewicht der anderen Gehörknöchelchen steht, wenn auch einer von den ungewöhnlich schweren Steigbügeln (0,0041 Gramm Asche) dem Manne gehörte, dessen andere Gehörknöchel gleichfalls die höchsten Werthe aufwiesen. Der allerhöchste Werth der Steigbügelasche (0,0044 Gramm) fand sich indessen bei einem Manne, dessen Ambosasche zwar ein sehr hohes Gewicht besass, dessen Hammerasche aber keineswegs über das Durchschnittsgewicht hinausging.

Ein Fall von Zweitheilung im vorderen Theil der mittleren Muschel.

Von

Dr. **W. Posthumus Meyjes**, Amsterdam.

In No. 8 des vorigen Jahrganges machte Dr. Killian aufmerksam auf einen Fall von sagittaler Spaltung der hinteren Enden beider Siebbeinmuscheln. Dies ist der erste Fall dieser Art, welcher genau wahrgenommen und beschrieben wurde, wie sich ersehen lässt aus den Worten, die er citirt. Analog hiermit nahm ich einen Fall wahr von Zweitheilung der unteren Siebbeinmuschel, doch nur im vorderen Theile derselben. In der Literatur fand ich ebensowenig einen solchen Fall beschrieben, weder in neueren Werken über Nasenkrankheiten, noch bei den Anatomen (Eustachius, Winslow, Henle, Hyrtl) fand ich Beweise,

dass diese Abnormität ihnen bekannt war. Der Wahrnehmung Killian's entgegengesetzt, konnte ich sagittale Spaltung nur constatiren im vorderen Theile der rechten medialen Concha, während in der linken Nasenhälfte und auch bei Rhinoscopia posterior keinerlei Abnormität zu bemerken war.

Killian meint, dass besagte Zweitheilung im vorderen und mittleren Drittel „relativ häufig vorkommt", doch ist dies der erste Fall dieser Art, den ich in circa 800 von mir untersuchten Nasen habe constatiren können. Klinische Bedeutung wird man, meiner Ansicht nach, dieser Abnormität wohl nicht beilegen. Die Anosmie, welche besagten Patienten bestimmte, sich in Behandlung zu geben, hing hiermit nicht zusammen, der Verlust des Geruchs existirte überdies vornehmlich auf der linken Seite.

Was die Deutung anlangt, lese man Schwalbe's Meinung, wie Killian sie widergiebt. — Mir kommt es überdies nicht unwahrscheinlich vor, dass die zu Zeiten wahrgenommene kleine vierte Muschel (Löwe, Heymann) thatsächlich die dritte ist, und man es mit einem Falle von Zweitheilung der mittleren Concha zu thun hat.

Fälle von Parosmien.

Von

Dr. **A. Onodi**, Docent in Budapest.

Ein 37 Jahre alter College hatte im Mai 1888 einen acuten Schnupfen bekommen, welcher intensiv lange dauerte. Die Chlorkali-Ausspülungen blieben ohne Erfolg. Sein Catarrh hatte sich öfter erneuert, mit grosser Secretion verbunden, welchen selbst eine unternommene Orientreise nicht zu lindern vermochte. Die tägliche Zahl der gebrauchten Sacktücher stieg in dieser Zeit auf 18. Voriges Jahr bepinselte er seine Nase mit Cocain, welches die Secretion minderte. Sein Leiden verschlimmerte sich indessen durch ein im Gesicht aufgetretenes Erysipel, die Secretion war abermals gross und die Zahl der Sacktücher erreichte die erwähnte Nummer. Ausserdem sind perverse Geruchsempfindungen aufgetreten jede zweite Woche, u. zw. der Geruch des Moschus, des Petroleums und des Urins; sonst war sein Geruchsorgan sehr fein, er konnte die schwächsten Düfte percipiren. Die rhinoscopische Untersuchung zeigte einen chronischen Catarrh der Schleimhaut und eine mässige Schwellung der unteren Muscheln. Dieselbe wurde von mir galvanocaustisch beseitigt und der Catarrh local behandelt. Der therapeutische Erfolg war frappirend, da die perversen Geruchsempfindungen ausblieben und die tägliche Zahl der Sacktücher von 18 auf 1 — 2 sanken, und Patient fühlt sich ganz wohl. Interessant ist es, zu erwähnen, dass Pat. später einen acuten Catarrh der oberen Luftwege acquirirte und 3 Tage heiser war, bei dieser Gelegenheit war die Nase vollständig frei.

In diesem Falle sind die perversen Geruchsempfindungen durch peripherischen Reiz ausgelöst worden, wofür der therapeutische Erfolg auch spricht.

Ein anderer Fall bezieht sich auf eine ältere neurasthenische Frau, die ich wegen ihres chronischen Nasencatarrhs behandelte, u. zw. die vorhandenen Schwellungen auf galvanocaustischem Wege. Pat. hatte

eine perverse Geruchsempfindung von gebranntem Haar. Es ist interessant, dass das galvanocaustische Brennen ihren ähnlichen perversen Geruch Anfangs noch steigerte, der nach der Behandlung und Heilung aber vollständig ausblieb.

Noch einige Fälle will ich erwähnen, die ich bei an der Influenza erkrankten Collegen zu beobachten Gelegenheit hatte. In der Nase war ein starker acuter Catarrh und Schwellung der unteren Muscheln zu constatiren. Der eine College hatte 3 Tage immer Theer, Pech gerochen. Bei dem zweiten Collegen war die Parosmie molestirender, er hatte einen ganzen Tag Schellack verspürt, später hatte er perverse Geruchsempfindungen von Schwefel, Knoblauch und Leichen. Diese Gerüche haben ihn deprimirt und degoutirt für Speisen und Getränke. Dieselben sind nur während seiner Krankheit aufgetreten. Ein dritter College hatte 3 Tage verfaultes Fleisch gerochen und 2 Wochen störten ihn abwechselnd der Geruch der Seife und des Petroleums. In diesen mit der Influenza aufgetretenen Fällen ist der causale Zusammenhang auf die periphere Irritation des Geruchsorganes zurückzuführen. Meines Wissens sind in der Influenzaliteratur Fälle von Parosmien nicht verzeichnet worden.

Die Accumulatoren im Dienste der Laryngologie etc.

Von

Dr. med. **W. Lamann** in St. Petersburg.

(Schluss.)

Wie steht ein mit einer entsprechenden Zahl von Accum. versehener Arzt den Forderungen der 1) Galvanocaustik, 2) electrischen Beleuchtung, 3) Faradisation, 4) Galvanisation und 5) Electrolyse gegenüber?

1) Galvanocaustik. Den Vortheil der Accum. hat hier schon Dr. L. Bayer im genannten Aufsatz vollständig klargelegt. Durch Wegfall einer Zahl Schrauben etc. wird die Sicherheit des Stromschlusses beim Accum. im Vergleich zur Tauchbatterie bedeutend erhöht. Die Grösse des Accum. kommt hier wenig in Betracht. Der grösste, wie der kleinste Accum. haben dieselbe electromotorische Kraft, und das giebt hier den Ausschlag, denn das Quantum der Electricität (die Coulombzahl, die ein Accum. entwickelt) spielt hier eine untergeordnete Rolle. Benutzt man einen kleineren Accum., so muss er im Vergleich zum grösseren nur öfter chargirt werden. Im Moment des Erglühens eines Cauters werden jedoch beide dasselbe leisten. — Genügt ein Accum. für alle vorkommenden galvanocaustischen Operationen? Für die meisten Fälle — ja, doch nicht für alle. Die zierlich gearbeiteten französischen Cautere erglühen durchweg genügend bei einem Accum. Sie würden beim Strome von zwei Accum. sicher zu Grunde gehen. Auch für die meisten sich in meinem Besitz befindenden, meist massiver gearbeiteten Wiener und Breslauer Cautere genügt ein Accum. Doch ist wieder bei manchen anderen das Erglühen im Moment nur mit zwei Accum. zu erzielen. Auch die Grösse der Schlinge und die Dicke des Drahtes ist natürlich für die Stromstärke bestimmend. Zwei Accum. genügen entschieden für die grössten galvanocaustischen Operationen auf unserem Gebiet.

2) Electrische Beleuchtung. Ist es schon bei der Galvanocaustik eine missliche Sache, nur an eine gewisse, knapp berechnete Stromstärke gebunden zu sein, so ist um so mehr bei der electrischen Beleuchtung die Möglichkeit, die Stromstärke in gewissen Grenzen zu verstärken und abzuschwächen, conditio sine qua non. So wurde in meinem Beisein von einem bekannten Laryngologen nach dem Experimentiren mit der Clar'schen Lampe dieselbe für untauglich, d. h. einer gewöhnlichen Gasflamme gleichkommend, erklärt und das, meiner Ansicht nach, nur aus dem Grunde, weil der Instrumentenmacher ein jedes zum Clar'schen Reflector abgepasste Glühlämpchen mit einer bestimmten, nicht mehr zu vergrössernden Voltenzahl einer Tauchbatterie zum genügenden Glühen bringen wollte. Das hätte schon seine Richtigkeit, wenn alle unter einer Voltenzahl auf den Markt gebrachten Glühlämpchen dem Strome wirklich einen gleichen Widerstand entgegensetzten. Dies ist jedoch nicht der Fall, sie sind nur annähernd abgepasst. De facto bedarf ein jedes Glühlämpchen für den normalen Höhepunkt seines Glühens einer besonderen Voltenzahl, die sich für ein anderes Lämpchen entweder als ungenügend oder zu intensiv erweisen würde. Ja, noch mehr — ein jedes Glühlämpchen fordert in den verschiedenen Stadien seiner Arbeitsdauer eine andere Voltenzahl. Je länger das Lämpchen gearbeitet hat, um so mehr Volts müssen benutzt werden, um den durch das Dünnerwerden der Kohle erhöhten Widerstand auszugleichen. Mag das Glühlämpchen an einem Clar'schen Reflector oder an einem anderen System angebracht sein, mag es zur Be- oder Durchleuchtung dienen, stets muss also dafür gesorgt werden, dass der Strom nöthigenfalls verstärkt werden kann. Wer genügend mit Accum. versehen ist, fragt gar nicht so genau, wie viel Volts das Lämpchen braucht — was man wohl gezwungen ist, bei einer Tauchbatterie zu berücksichtigen[8]) —, sondern schaltet einfach so viel Accum. ein, bis das Lämpchen genügend glüht. Erweisen sich z. B. vier Accum. nicht genügend, fünf hingegen als nicht ungefährlich für das Lämpchen, so nimmt man fünf Accum. und führt einen Widerstand in die Kette, um den Strom entsprechend abzuschwächen. — Es ist durchaus nicht anzurathen, die höchste Stromstärke, die ein Lämpchen aushält, zu benutzen — das Lämpchen geht dadurch sehr schnell zu Grunde. Für Beleuchtungszwecke sind natürlich die grösseren Accum. vorzuziehen, weil sie eine grössere Coulombzahl entwickeln. Es unterliegt für mich keinem Zweifel, dass für den Arzt zu Beleuchtungszwecken die Accum. zur Zeit durch nichts Bequemeres zu ersetzen sind.

Auf meine Accum. bauend und das hier eben Erörterte im Auge habend, habe ich mir — trotz des angeführten abfälligen Urtheils — die Clar'sche Lampe mit einem Dutzend Reserveglühlämpchen von Reiner in Wien verschrieben. Seit einem Jahre arbeite ich mit dieser Lampe Tag für Tag, und ohne Bedenken muss ich dieselbe für einen ingeniösen Apparat erklären. Er gestattet bequemes, binoculäres Sehen und die Beleuchtung lässt nichts zu wünschen übrig. Ich ziehe diese Beleuchtung der Sonne vor, weil mich letztere blendet. Wiederholt habe ich mich vergeblich abgemüht, bei Sonnenlicht, mit Concav- und Plan-

[8]) Die Accum. können selbstverständlich auch zur Unterstützung schwacher Tauchbatterien verwandt werden.

spiegeln, Details im Kehlkopfe zu unterscheiden, die später bei der Clar-schen Lampe auf den ersten Blick in wunderbarer Klarheit vor mir lagen. — Selbstverständlich ist deshalb meine alte Petroleum-Arbeitslampe keineswegs von meinem Tisch verschwunden. Wenn ich z. B. den Larynx einfach zu bepinseln oder einen Ceruminalpfropf auszuspritzen habe, werde ich mir doch zu diesem Zwecke nicht jedesmal den schweren Clar'schen Reflector mit seinen Drähten etc. auf die Stirn binden.

3) Faradisation. Es ist nicht erst nöthig, viel Worte bei der Erläuterung des Umstandes zu verlieren, dass die Accum. den ihnen hier gestellten Forderungen vollkommen entsprechen. Dr. L. Bayer sagt in seinem citirten Aufsatz, Seite 196: „Ausserdem will ich nicht unerwähnt lassen, dass ich mich des Accumulators beständig bediene zu meinem Inductionsapparat . . .“

4) Galvanisation und 5) Electrolyse. Aus dem Ohm'schen Gesetz ist zu ersehen, dass bei grossem äusseren Widerstande die Stromstärke durch Vermehrung der Elementenzahl vergrössert werden muss, dass die Vergrösserung der Electromotoren hingegen keine Bedeutung hat. Dieser Forderung entsprechen vollkommen die für den constanten Strom von verschiedenen Firmen gelieferten Tauchbatterien, die eine grosse Zahl kleiner Elemente aufweisen. Um mit Accum. dasselbe leisten zu wollen, müsste man ihre Zahl entsprechend erhöhen. Das wäre nicht nur unpractisch, sondern auch recht kostspielig. — Damit würde ich auch diese Frage abschliessen, wenn ich nicht noch einige erläuternde Worte hinzuzufügen hätte gelegentlich einer Erklärung des Altmeisters Voltolini. Nachdem derselbe in seinem Werke: „Die Krankheiten der Nase etc.“, Breslau 1888, Seite 415, seiner grösseren Batterien Erwähnung gethan, sagt er weiter: „Auch meine kleinsten Batterien von 5 Elementen (Fig. 26) genügen für die meisten electrolytischen Operationen (zumal wenn man sie jedesmal frisch füllt), besonders am Kopfe, denn hier kann man ohnedies keine sehr starken Ströme anwenden“. Wäre ich voll und ganz derselben hier ausgesprochenen Ansicht, so könnte ich auch erklären: 5 Accum. — die mir auch zu Beleuchtungszwecken dienen — genügen „für die meisten electrolytischen Operationen“, denn, zu einer Kette verbunden, leisten diese 5 Accum. doch nicht weniger, als die Fig 26 abgebildete Voltolini'sche kleinste Batterie. Das Eine wie das Andere hat jedoch, meiner Ansicht nach, seine Bedenken und höchstens die Bedeutung eines Nothbehelfes. Ist der Arzt im Besitz eines Galvanometers mit einem grösseren Widerstande, so wird er sich wohl in den meisten Fällen von vornherein von dem Einschalten dieses Instrumentes in die Kette lossagen müssen, um den äusseren Widerstand nicht zu erhöhen. Voltolini arbeitete allerdings ohne jegliches Galvanometer, und zwar principiell, denn er erklärt im genannten Werke, S. 416 u. 417, das Galvanometer für ein bei der Electrolyse „ganz unnöthiges Instrument“. Ob das practisch sein mag? Wissenschaftlich gedacht erscheint es mir nicht. Es muss für mich doch immer die Frage von Interesse und Bedeutung sein, wie stark der Strom sein mag, den ich im gegebenen Augenblick durch ein lebendes Gewebe leite. Ferner habe ich noch folgendes Bedenken gegen so kleine Batterien. Da dem Arzte nur ein schwacher Strom zur Verfügung steht, so ist er gezwungen, den äusseren Widerstand zu reduciren, mit anderen

Worten — beide electrolytischen Nadeln etc. einander so zu nähern, dass noch eine greifbare electrolytische Wirkung erzielt werde. Durch diesen Zwang ist der Arzt in seiner freien Handlungsweise lahm gelegt. Er kann die beiden Pole nicht dort appliciren, wo er es am liebsten thäte, sondern dort, wo die vermuthliche Stärke seines Stromes ihm dieses gestattet. Nun kann man aber bei der Anwendung des Stromes nie im Voraus wissen, wie viel Elemente man im gegebenen Falle gebrauchen werde. Immer muss also ein gewisser Ueberschuss an Electricität in Reserve bleiben, und diese Reserve bietet weder eine Voltolini'sche 5 Elementenbatterie, noch 5 Accum. — Steche ich in das zu zerstörende Gewebe z. B. zwei Platinnadeln, bei denen die Spitzen bis 4 Millimeter divergiren, ein und benutze zugleich ein Galvanometer (Kohlrausch), so erweist sich in der Mehrzahl der Fälle die Stromstärke einer Tauchbatterie von 5 Elementen als ungenügend. Ich habe unzählige Mal die Wahrnehmung gemacht, dass der Kranke bei Application der Electrolyse in der Nase erst bei 6—7 Elementen erklärte, dass er überhaupt „etwas fühle". Dabei war die Application der Nadeln eine vollkommen correcte, wie ich mich nach dem Eingriff stets überzeugen konnte. Auch mit schwächeren Strömen kommt man ja bei der Electrolyse schliesslich zum Ziele, aber man verliert dabei sicher viel Zeit. Richtet sich ein Arzt also für Electrolyse ein, so muss er sich eine Batterie mit einer grösseren Elementenzahl, die ihn nicht im Stiche lässt, anschaffen. Eine winzige 5 Elementenbatterie oder 5 Accum. können hiermit zur Electrolyse (als auch zur Galvanisation) nicht ernst genommen werden.

Aus allem dem Besprochenen folgt, dass es meiner Meinung nach zweckmässig und zeitgemäss wäre, zur Galvanocaustik, electrischen Beleuchtung und Faradisation die Accum. zu gebrauchen; zur Galvanisation und Electrolyse müssen hingegen Batterien für constanten Strom mit einer grösseren Elementenzahl in ihrem alten Rechte bleiben.

* * *

Erörtern wir die Frage, wie es kommt, dass die Accum. bei uns so wenig verwerthet werden. Der Versuche mit den Accum. sind ja in unserem Fach sicher viele gemacht worden, aber die Resultate sind nicht zufriedenstellend ausgefallen. Und warum? Auch hier möchte ich zum Vergleich auf die Tauchbatterie zurückgreifen. Die Tauchbatterie verhält sich zum Accum. etwa so, wie eine complicirte Drehorgel zu einem edleren musikalischen Instrumente, sagen wir zu einer Violine. Einem Jeden, der einigen physicalischen Unterricht genossen, leuchtet bei der Betrachtung der Tauchbatterie ihre Wirkungsweise leicht ein und er kann sich sofort ihrer bedienen. Die ingeniöse Einfachheit einer Violine und eines Accum. ist frappant. Wie steht es aber mit der regelrechten Benutzung? Dieselbe verlangt unbedingt gewisse Vorstudien. Der Accum. muss als ein ganz eigenthümlicher Apparat an sich, d. h. in seinen Eigenschaften studirt werden, soll der Apparat voll und ganz das leisten, was er zu bieten im Stande ist. Wer im Besitz eines oder zweier Accum. ist, der braucht die Sache nicht so ernst zu nehmen, dem

mag es gleichgiltig sein, ob sie 2 Jahre oder 4 — 5 Jahre functioniren. Wer hingegen mit mehreren Accum. arbeitet, für den ist diese Frage eine Geldfrage von nicht zu unterschätzender Bedeutung[9]). Meine ältesten Accum. sind etwa 4 Jahre alt und es sind bis jetzt noch keine „Alterserscheinungen" an ihnen zu bemerken, sie sind also noch functionsfähig. Trotzdem sind im Laufe dieser Jahre wiederholt kleine Störungen — meist Abbröckeln der Bleihyperoxydmasse — in ihnen eingetreten, die ich beseitigen musste. Um jedoch dieses auszuführen, muss man die Apparate kennen. Ist man erst so weit, dass man den Accum. regelrecht bedienen kann, dann wird man sich wohl von ihm nicht mehr trennen — wenigstens nicht bei dem jetzigen Stande der Electrotechnik. — Es ist also die ungenügende Kenntniss der besprochenen Apparate seitens der Aerzte, die ihre Verbreitung hemmt. Ist einmal die Nothwendigkeit dieser Vorstudien zum Bewusstsein gelangt, so halte ich den Erfolg der Accum. auch in der Medicin für gesichert.

Von den äusseren Factoren, so zu sagen, die der Verbreitung der Accum. bis jetzt hindernd in den Weg traten, ist das passive Verhalten der Instrumentenmacher zu erwähnen. Dieselben sind so ziemlich von dem Vorwurf frei, zu eifrige Verehrer dieser Apparate zu sein. Sie sind es nicht, und zwar deshalb, weil kein Grund ersichtlich, für Apparate, durch deren Einführung sie sich gewissermaassen nur geschädigt sehen würden, in die Schranken zu treten. Die Accum. werden uns nämlich nicht sobald von den Instrumentenmachern geliefert werden können. Diese Apparate werden meist auf grossen, electrotechnischen Fabriken, wo Dynamomaschinen in Thätigkeit sind, formirt. Die Instrumentenmacher hätten bei der Formirung die Wahl zwischen einer solchen Maschine oder der Erzeugung des Stromes durch Chemicalien. Letzteres würde jedoch den Preis der Accum. enorm in die Höhe treiben und aus diesem Grunde die Concurrenz mit den grossen electrotechnischen Etablissements nicht aushalten.

Zum Schluss würde ich also den Herren Collegen, die den Entschluss fassen sollten, mit Accum. zu arbeiten, den wohl zu beachtenden Rath geben, diese Apparate erst so gründlich als möglich theoretisch zu studiren, sich dann zwei Accum. anzuschaffen (für's Erste nur zu galvanocaustischem Zwecke), und dann erst die Accum. im grösseren Style (zur electrischen Beleuchtung) anzulegen, wenn nach „Jahr und Tag" die Ueberzeugung gewonnen, dass man die Apparate vollkommen beherrscht. Ich streiche das „Jahr und Tag" besonders hervor, weil es selbstverständlich, dass ein neu gekaufter Accum. Anfangs viele, viele Monate hindurch prompt arbeitet. Plötzlich tritt aber eine Störung ein. Die electrotechnischen Fabriken übernehmen bis dato meines Wissens keine Reparaturen und der Arzt ist hier also auf sich selbst angewiesen. Dann ist der Augenblick gekommen, wo der Arzt zeigen muss, ob er seinen Apparat wirklich beherrscht, oder — ob derselbe in die Rumpelkammer wandern soll. Der Deckel muss entfernt[10]), das Innere untersucht und

[9]) Operire ich galvanocaustisch unter der Beleuchtung meiner Clar'schen Lampe, so müssen 5—7 Accum. zu Verfügung stehen: 4—5 zur Beleuchtung, 1—2 zur Galvanocaustik.

[10]) Abgesehen von den zur Ableitung der Gase bestimmten, stets offenen

der Grund der Störung aufgesucht werden. — Uebermässiger Eifer im Anfange und plötzliches Erkalten bei der ersten vorkommenden Schwierigkeit hat schon manches Gute in Misscredit gebracht.

Heilung eines grossen „typischen" Nasenrachenpolypen.

Von

Dr. **Hansberg** in Dortmund.

(Schluss.)

28. August 1890 erste Sitzung. Mittelst der Kuhn'schen Zange werden 10—15 grosse Stücke aus dem Tumor entfernt; dieselben hatten eine blassgelbe Farbe und waren von äusserst harter, fast knorpelartiger Consistenz, ich hatte Mühe, mit der Zange die einmal gefassten Stücke zu entfernen und musste dabei grosse Kraft anwenden. Die nicht ganz unbedeutende Blutung stand nach kurzer Tamponade vollständig.

4. Septbr. 1890 zweite Sitzung. Im Nasenrachenraum eine Menge äusserst fötid riechenden Secrets, das der bei der ersten Operation gesetzten Wundfläche anhaftet, in der linken Nasenhöhle Blutcoagula. Wie Patient angiebt, waren Blutungen innerhalb der 8 Tage, die er abwesend gewesen, nicht erfolgt. Mit der Kuhn'schen Zange wieder verschiedene grössere Stücke entfernt, besonders nach dem Rachendach zu. Unbedeutende Blutung.

11. Septbr. 1890 dritte Sitzung. Stinkende Secretmassen im Rachen und beiden Nasenhöhlen, nach deren Entfernung mit Wattebausch sofort Blutung eintritt; Nasenrachenraum hinten und oben mit Kuhn'scher Zange fast vollständig gesäubert, der Rest der Geschwulst hängt nur noch in die Nase hinein, so dass vollständiger Verschluss der Nasenhöhlen weiter bestehen bleibt. Gleich nach der Operation steht Blutung spontan.

18. Septbr. 1890 vierte Sitzung. Reichliche Massen fötiden Secrets. Mit dem Conchotom wird in die linke Nasenhöhle eingegangen, mit Zeige- und Mittelfinger der anderen Hand in den Nasenrachenraum und die Geschwulstreste dem eingeführten Instrument entgegengedrückt, es gelang hierbei anscheinend, die sämmtlichen in die Nasenhöhle hineinragenden Tumormassen, sowie grössere, auf die seitlichen Theile des Nasenrachenraumes inserirende Theile zu entfernen. Auf dieselbe Weise wird rechts vorgegangen, wo die Tumorbildung nicht so bedeutend wie links entwickelt war. Gleich nach der Operation athmete Pat. frei durch beide Nasenlöcher, Blutung stand nach derselben sofort.

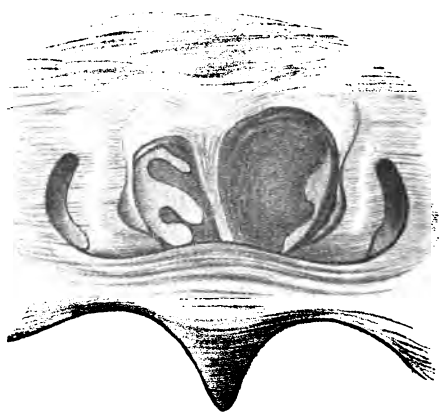
Glasröhren ist der Deckel der meisten Accum., wenigstens solcher, die in Glasgefässen untergebracht sind, durch Harzüberguss hermetisch verschlossen. Das geschieht, theils um beim Transport die Säure nicht zu vergiessen, theils um die Verdunstung des Wassers zu verhindern. Dieser Deckel muss bei der ersten Störung entfernt werden. Einmal jährlich soll die Schwefelsäurelösung so wie so in einem jeden Accum. gewechselt werden. Die Accum., die ich mir selbst mache, haben nie hermetisch schliessende Deckel, sie sind dem Auge auf diese Weise immer zugänglich. Verdunstet das Wasser in einigen Wochen um Einiges, so giesse ich einfach solches zu. Im Nothfall, z. B. zum Transport, lässt sich ja der Harzüberguss mit Leichtigkeit ausführen. Nie soll ein Accum. längere Zeit ohne Ladung bleiben. Will man z. B auf einige Monate verreisen, so muss die Schwefelsäurelösung ausgegossen und der Apparat trocken aufbewahrt werden.

9. October 1890 fünfte Sitzung. Wie Pat mittheilt, war 2 Tage nach der letzten Sitzung Nasenbluten eingetreten, das in Unterbrechungen 4 Tage hindurch angehalten und den Kranken arg geschwächt hatte; er war in Folge dessen erst heute gekommen.

In beiden Nasenhöhlen und Nasenrachenraum fötides Secret; durch die enger gebaute rechte Nasenhöhle freie Athmung, links weniger. Hier sieht man bei der vorderen Rhinoscopie im Hintergrunde oben nach dem Nasendach Geschwulstmassen, die z. Th. in die Choane hineinhängen und die Athmung linkerseits behindern. Postrhinoscopisch Nasenrachenraum frei bis auf eine kleine, bohnengrosse Granulationswucherung der hinteren Wand an der Protuberantia atlantis, rechte Choane frei, mittlere und untere Muschel hier sichtbar, links blassröthliche Geschwulstmassen in die Choane hineinhängend. Es gelingt mit dem Conchotom leicht, nachdem der Zeigefinger der anderen Hand in den Nasenrachenraum eingeführt war, sämmtliche Geschwulstreste zu entfernen. Eines der entfernten Stücke hatte eine Länge von 3 Ctm. und Dicke von 1 Ctm., es war ein Fortsatz des Polypen, der nach hinten oben nach dem Nasendach, nach dem Sinus spheno-ethmoidalis zu gewachsen war und in toto entfernt wurde. Linke Nasenhöhle vollständig frei, Athmung durch die Nase äusserst leicht, Blutung seitdem nicht wieder eingetreten.

19. October 1890. Pat. sieht gut aus, Gedunsenheit des Gesichts geschwunden, äussere Nase kleiner, natürlicher geworden, freie Athmung durch beide Nasenhälften, Kopfbeschwerden ganz beseitigt. Anterhinoscopisch links hinten oben einige Secretmassen, die aber nicht fötid sind, man übersieht einen grossen Theil der grauweiss gefärbten Rachenwand, Hebung des Tubenwulstes beim Phoniren, Muscheln abgeschwollen, die untere und mittlere Muschel zeigen sich nur in der vorderen Hälfte erhalten, die hintere Hälfte zerstört; von Geschwulstmassen Nichts mehr sichtbar. Rechts derselbe Befund wie vorher.

Postrhinoscopisch: Nasenrachenraum bis auf die erwähnte Granulationswucherung der hinteren Wand ganz frei, glatt, keine Secretabsonderung mehr. Septum, stark nach rechts deviirt, vielleicht 1 Ctm. weit nach vorn zerstört, linke Choane sehr weit, reicht nach oben ca. 1 Ctm. höher als rechts, ebenso auch nach der äusseren Wand erweitert, es hatte demnach die Geschwulst bei ihrem Wachsthum den Vomer z. Th. zerstört und das Septum nach rechts verdrängt, die Zerstörung hatte weiter nach oben auf das knöcherne Dach der linken Choane, sowie auch in geringerem Grade den seitlichen Theil derselben über-



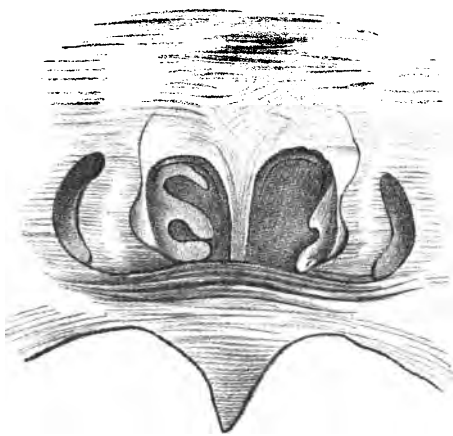
Figur III.

gegriffen. Obere, mittlere und untere Muschel hinten zerstört, Tubenmündungen frei. In der engen rechten Choane Muscheln erhalten und alle drei zu sehen. (Figur III.)

Mittelst der Cürette wird nach Abbindung des Gaumensegels unter Spiegelbeleuchtung die Granulationswucherung beseitigt, fast gar keine Blutung.

9. November 1890. Befinden unverändert gut; einige nicht fötide Borken in der linken Nasenhöhle, Nasenathmung ganz frei, Septum fast gerade stehend, linke Choane etwas kleiner geworden, nach oben und seitlich noch etwas erweitert. (Fig. IV.)

Leider hatte ich verabsäumt, im Anfang eine Untersuchung des Gehörorgans vorzunehmen; wie mir Pat. indessen später angab, war die Hörfähigkeit vorher herabgesetzt gewesen und fühlte er nach Beseitigung des Tumors selbst, dass er besser höre. Hörvermögen jetzt normal.



Figur IV.

In vorliegendem Fall war es also in verhältnissmässig kurzer Zeit, in 5 Sitzungen, gelungen, den immerhin bedeutenden Tumor, dessen Sitz und Insertion gewiss kaum ungünstiger gedacht werden kann, vollständig und gründlich zu beseitigen; einer galvanocaustischen Nachbehandlung der Insertionsfläche, wie sie sonst gewöhnlich geübt wird, hatte es nicht einmal bedurft. Der Eingriff war kein sehr schwerer und auch die Blutung verhältnissmässig unbedeutend, sie stand jedesmal spontan gleich nach der Operation, abgesehen von der ersten Sitzung, wo eine kurze Tamponade erforderlich war. Die zwei Tage nach der vierten Sitzung aufgetretene Blutung kann der Operation als solcher nicht zur Last gelegt werden, da sie zwei Tage nach derselben entstand, sie war nur eine Folge der noch bestehenden Polypenreste, mit deren Beseitigung sie für immer stand.

Wenn man mit diesem Eingriff die bisher geübten chirurgischen Methoden vergleicht, so kann man nicht zweifelhaft sein, welchem Verfahren man den Vorzug geben soll, aber auch der galvanocaustischen resp. electrolytischen Operationsweise ist das in meinem Fall geübte Verfahren vorzuziehen, bei demselben Endresultat führt es schnell und ebenso gefahrlos zum Ziel.

Besonders die Kuhn'sche Zange möchte ich den Collegen als ein zweckmässiges Instrument empfehlen, man ist mit derselben im Stande, eine grosse Kraft zu entfalten und in einem Zug grössere Stücke aus den knorpelharten, sehnenartigen Tumoren zu entfernen; das abgerundete Ende schützt dabei vor Nebenverletzungen. Bekanntlich ist diese Zange von Kuhn zur Operation der adenoiden Vegetationen empfohlen worden, sie soll nach Kuhn dieselben mit einmaligem Eingehen vollständig beseitigen. Ich habe das Instrument bei Operation der hypertrophischen Rachentonsille in der letzten Zeit viel angewandt, meistens allerdings dann in Narcose, und ich bin mit der Wirkung desselben sehr zufrieden, ich bin indessen, wenn ich ohne Narcose operire, den Ringmessern von Hartmann und Gottstein treu geblieben, da ich gefunden habe, dass mit den letzteren mindestens ebenso grosse Stücke entfernt werden können, als mit der Kuhn'schen Zange, das Eingehen in den Nasenrachenraum besonders bei Kindern aber bei Benutzung der Ringmesser ein ungleich leichteres ist.

Der vorliegende Fall ist aber auch noch aus einem anderen Grunde bemerkenswerth und interessant. Der Kranke leitet die Entstehung seines Leidens von einem Trauma her, und ich glaube, hier lässt sich eine traumatische Ursache nicht ganz von der Hand weisen, war doch gleich nach Einwirkung des Trauma's Nasenbluten und Verstopfung der Nasenhöhlen eingetreten, welch' letztere nicht wieder schwand und allmählig zunahm; allerdings kann der Zufall hierbei eine Rolle gespielt haben. In den mir zur Verfügung stehenden Werken finde ich ein Trauma als Ursache für Nasenrachenpolypen nicht angegeben, ich möchte aber von der Möglichkeit einer solchen um so weniger absehen, als bekanntlich in der Aetiologie der Geschwülste äussere Reize (Schlag, Stoss, Verwundung etc.) nach dem fast übereinstimmenden Urtheil unserer hervorragendsten Autoren (Virchow, Rindfleisch, Weber u. A.) eine wichtige Rolle spielen sollen.

Wir finden weiter, dass die Traumabildung bei unserem Kranken erst mit dem 29. Lebensjahr aufgetreten war, derselbe befand sich demnach bereits in einem Alter, das allgemein als ein für die Acquisition eines Nasenrachenpolypen gewissermaassen immunes bezeichnet worden ist. Fast alle bisher beobachteten Kranken befanden sich nämlich im Alter von 10—25 Jahren, und unter 122 in der Literatur gesammelten Fällen führt Bensch*), dem wir die eingehendsten Studien vorzugsweise über die Aetiologie und Behandlung der Nasenrachenpolypen verdanken, nur drei an, wo die Patienten sich in einem höheren Alter befanden, merkwürdiger Weise waren diese drei weiblichen Geschlechts, das Wachsthum der Tumoren aber bei denselben ein äusserst langsames, so dass das Leiden bei einer Kranken sogar seit 23 Jahren bestand; nach diesen statistischen Mittheilungen wäre demnach die Entstehung eines Nasenrachenpolypen beim männlichen Geschlecht nach dem Alter von 25 Jahren noch nicht beobachtet worden.

In unserem Falle war nun das Wachsthum der Geschwulst keines-

*) Bensch: Beiträge zur Beurtheilung der chirurgischen Behandlung der Nasenrachenpolypen. Breslau 1878. Morgenstern. Siehe auch Voltolini: Die Krankheiten der Nase etc. Breslau 1888. Morgenstern. Seite 371—401.

wegs ein langsames zu nennen, sie war innerhalb 3/4 Jahre zu Hühnereigrösse herangewachsen, hatte z. Th. den Vomer und einen Theil des oberen und seitlichen Choanalrandes linkerseits nebst der hinteren Hälfte der linken unteren und mittleren, sowie dritten Muschel usurirt und einen Fortsatz nach dem Nasendach gesandt. Die nasale Respiration war vollständig aufgehoben, starke Blutungen hatten die Kräfte des Kranken arg reducirt, ein Hinzutreten anderer lebensbedrohlicher Erscheinungen konnte bei dem bisherigen rapiden Wachsthum der Geschwulst nur eine Frage der Zeit sein. Jedenfalls lagen hier keine Gründe vor, die einen Stillstand des Wachsthums oder womöglich sogar eine spontane Rückbildung der Neubildung erwarten liessen.

Wenn ich von der Möglichkeit einer spontanen Rückbildung eines Nasenrachenpolypen spreche, so darf ich die zuerst von französischen Aerzten (Gosslin, Lafonte) beobachtete Thatsache nicht unerwähnt lassen, dass diese Geschwülste wirklich spontan ohne Zuthun des Arztes verschwinden können, eine Beobachtung, die unterdessen auch anderweitig ihre Bestätigung gefunden hat (Hüter, Middeldorpff). Auch Bensch schliesst sich den genannten Autoren an und versucht auch für diese immerhin auffallende Thatsache eine Erklärung zu geben; nach ihm sind es abnorme Entwickelungsvorgänge an der Schädelbasis, die für die Entstehung dieser Geschwulstformen verantwortlich zu machen sind; eine Entwickelung der Geschwülste sei nur so lange möglich, als die Entwickelung des Schädels noch nicht abgeschlossen sei, mit anderen Worten: Im Alter von 25 Jahren ist die Disposition für diese Geschwulstbildungen erloschen, eine bereits bestehende Geschwulst oder ein Recidiv derselben verschwindet spontan, ohne dass es eines chirurgischen Eingriffes bedürfte.

Solche Beobachtungen mussten nothwendiger Weise einen Umschwung in der bisherigen Meinung über die Gefährlichkeit der Nasenrachenpolypen hervorrufen, in Frankreich verhielt man sich seitdem denselben gegenüber mehr exspectativ resp. palliativ, und die von Trélat aufgestellten Thesen:

„1) Wenn der Patient noch jung ist, d. h. entfernt von dem immunen Alter, so muss der Operateur ihn bis dahin durch palliative Operationen (Ligatur, Zangenextraction, Zerquetschung, Cauterisationen, theilweises Abtragen) in für Leben und Gesundheit des Pat. erträglichen Grenzen halten. Drängt aber das rapide Wachsthum zum Eingreifen, so muss entweder die präliminare definitive Oberkieferresection, oder, wenn solche genügt, die temporäre erfolgen.

2) Wenn der Patient alt genug ist und nur wenig Jahre von dem immunen Alter entfernt ist, so kann man sich entweder ganz exspectativ verhalten oder wiederum mit palliativen Operationen sich begnügen"

kennzeichnen noch heute den Standpunkt der französischen Chirurgie, während man in Deutschland diesen Beobachtungen im Allgemeinen mehr skeptisch gegenüberstand und nach wie vor dem activen, eingreifenden Vorgehen der Vorzug gegeben wurde.

Auf die Richtigkeit oder Unrichtigkeit vorstehender Deductionen will ich hier nicht weiter eingehen, nach den Beobachtungen zuverlässiger Autoren kann es wohl nicht einem Zweifel unterliegen, dass eine spontane Rückbildung eines Nasenrachenpolypen eintreten kann, es ist nur die Frage, ob mit Eintritt des immunen Alters dies die Regel ist, oder ob

die wenigen bis jetzt beobachteten Fälle von spontaner Rückbildung eine Ausnahme von der Regel bilden.

Der von mir beschriebene Fall gehört jedenfalls nicht in die erste Categorie; nachdem hier bereits im immunen Alter die Geschwulst sich entwickelt hatte, wäre es bei dem bisherigen rapiden Wachsthum gewiss mehr als sanguinisch gewesen, eine spontane Rückbildung derselben zu erhoffen. Dem zufolge war ein operatives Eingreifen jedenfalls vollkommen berechtigt, ein palliatives, womöglich exspectatives Verhalten würde geradezu eine Unterlassungssünde, ein unverzeihlicher Fehler gewesen sein.

Meiner Meinung nach konnte dieser exspectativen resp. palliativen Methode aber auch nur so lange eine Berechtigung zuerkannt werden, als die schwersten chirurgischen Voroperationen nicht gescheut wurden, um den Nasenrachenfibromen beizukommen; sobald wir Methoden kennen, die schnell, dabei sicherer und gefahrlos zum Ziele führen, würde es geradezu widersinnig sein, die Hände in den Schooss zu legen und in Erwartung einer spontanen Rückbildung den Kranken seinen Leiden zu überlassen, wir sind unter solchen Umständen zum activen Eingreifen nicht nur nicht berechtigt, sondern geradezu verpflichtet.

Ich glaubte, vorstehenden Fall des Interesses wegen veröffentlichen zu müssen und bitte die Collegen, vorkommenden Falles mit dem von mir angewandten Verfahren einen Versuch zu machen.

Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni).

Von

Dr. **L. Przedborski**

Spitalarzt am Lodz'er israelitischen Krankenhause.

(Schluss.)

Beim Patienten fanden wir starke Hyperämie im Rachen und Schlundkopfe, Schwellung und Injection der Conjunctiven, Erscheinungen, die wir gewöhnlich bei Potatoren beobachten. Diese beiden ätiologischen Momente strebten zu gemeinschaftlichem Ziele, sie begünstigten nämlich die Entstehung der Schleimhauthypertrophie und Verdickung, während der durch die capilläre Bronchitis, Lungenemphysem und unmittelbar durch den Abusus in Baccho erzeugte Husten die Verbindung (Connexion) zwischen der Schleimhaut und den tiefer liegenden Geweben immer lockerer machte und eine partielle Abstossung der Schleimhaut erzeugte.

Sehr interessant in unserem Falle ist der Gegenstand, dass die Schleimhautabstossung nicht in toto, sondern in einzelnen, geschwulstartigen Partien vor sich ging, die leicht mit den in den Morg. Taschen vorkommenden Neubildungen verwechselt werden konnten, wenn uns die Kennzeichen, die wir vielmals besprochen haben, nicht vor dieser falschen Annahme genügend schützten. Ich möchte noch hervorheben, dass mir

leicht der Vorwurf gemacht werden könnte, dass ich bei der Feststellung der Diagnose die microscopische Untersuchung der entfernten Tumoren nicht berücksichtigt habe. Zu meiner Rechtfertigung kann ich nur anführen, dass die exstirpirten, in reinem Alcohol aufbewahrten Tumoren von uns sofort nach vollendeter Operation nach Warschau zur microscopischen Untersuchung fortgeschickt worden sind, leider aber erwarte ich bis heute vergebens das Resultat der Untersuchung, und ist mir das weitere Schicksal des Präparates ganz unbekannt geblieben. Ungeachtet dessen muss ich nach genauer Berücksichtigung des macroscopischen Aussehens der Geschwülste, der anatomischen Lage und vieler anderer, schon mehrmals besprochener Thatsachen bei meiner ersten Diagnose fest stehen bleiben. Eine gewisse Bestätigung für die Richtigkeit meiner Annahme fand ich in dem Schrötter'schen Buche: „Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase etc.", aus welchem ich mir einige entsprechende Citate mitzutheilen erlaube.

In dem Kapitel über: „Chronische Entzündung der Schleimhaut und des submucösen Bindegewebes" finden wir Folgendes: „Im Kehlkopfe kommen häufig echte, umschriebene Hypertrophien der Schleimhaut vor. Ich habe sie mehrmals an den falschen Stimmbändern beschrieben, wo sie lappige, die wahren Stimmbänder mehr weniger überragende Wülste bilden. Hierher gehören auch jene Formen, die unter dem Namen Eventration oder Prolapsus der Auskleidung des Sinus Morgagni beschrieben werden. Es sind dies grössere oder kleinere, auf einer schmaleren oder breiteren Basis aufsitzende, aus dem Sinus Morg. herauskommende, das Stimmband überragende, nach der Glottis hinabhängende Geschwülste, von denen es schwer zu sagen ist, wohin man sie rechnen soll. Man sieht nicht selten im Gefolge des chronischen Catarrhs eine lebhafte Röthung und Schwellung am äusseren Abschnitte des Stimmbandes gegen den Sinus Morg. hin scharf hervortreten. Es lässt sich nun ohne Weiteres denken, dass dieser Wulst, wenn er einmal so gross geworden ist, dass er das Stimmband überragt, durch behinderten Rückfluss des Blutes und fortwährende Reizung in seiner Ernährung eine solche Störung erfährt, welche ein rasches Wachsthum desselben herbeiführt. In einem anderen Falle mag es im submucösen Gewebe des Sinus Morg. zu einem umschriebenen Entzündungsprocess kommen, welcher bei seinem Anwachsen in derselben Weise erscheinen wird. Die microscopische Untersuchung spricht ohne Weiteres für die Richtigkeit einer solchen Anschauung, indem sich beide Male im Stiele neugebildetes Bindegewebe, erweiterte Gefässe und Rundzellenanhäufungen finden (Fall von Lefferts). Schrötter giebt dann die Zeichnung eines Präparates, an welcher zu sehen ist, dass rechterseits an der vorderen Hälfte aus der Morg. Tasche hervorragend eine halbkaffeebohnengrosse Geschwulst, welche vom falschen Stimmbande in Form einer Furche tief eingekerbt das wahre Stimmband in seinem vorderen Antheil überdacht. Linkerseits findet sich, die vorderen zwei Drittel der Morg. Tasche einnehmend, ein mehr als doppelt so grosser polypöser und zwischen die Stimmritze eingelagerter Wulst, der in gleicher Weise das wahre Stimmband überlagert, vom falschen Stimmbande furchenartig an der oberen Peripherie zum Theile eingeschnürt ist und nach vorne zu ebenso wie jener der anderen Seite in das Taschenband übergeht. Die Oberfläche beider Geschwülste zeigt

eine vollständig normale glatte Schleimhaut. Wie nun die weitere Untersuchung durch verticale Spaltung der falschen Stimmbänder (Fig. 16b) und dieser polypösen Geschwülste (Fig. 16c) ergiebt, bestehen dieselben aus der vorgestülpten Schleimhaut rechts, der vorderen Hälfte links der vorderen zwei Drittel des Sinus Morg. mit eingelagertem lockeren Zellgewebe. Da das Präparat lange Zeit in schlechtem Alcohol aufbewahrt worden war und so eine feinere microscopische Untersuchung resultatlos bliebe, so sei nur bemerkt, dass nach macroscopischem Aussehen die vorgestülpte Schleimhaut „völlig normal erschien". — Dieser soeben beschriebene Fall von Schrötter bietet in vielen Richtungen eine grosse Analogie mit meiner zweiten Beobachtung, doch liegen einzelne Differenzen vor, und sind dieselben folgende: a) Während im Schrötterschen Falle der Vorfall der Sinusschleimhaut doppelseitig war, hatten wir es in unserem Falle mit einer einseitigen Schleimhautvorstülpung des Morg. Ventrikels zu thun; b) in dem von Schrötter[6]) geschilderten Falle nahm die Schleimhautvorstülpung die Form von zwei polypösen Geschwülsten an, in unserer Beobachtung kam die Eventration der Sinusschleimhaut in Gestalt von zahlreichen einzelnen Tumoren (6) zu Stande.

* * *

Die genaue Uebersicht der zwei mitgetheilten Fälle erlaubt uns einige practische Schlüsse, die sich auf Diagnose, Aetiologie und Therapie der Sinuskrankheiten beziehen, zu gewinnen:

I. a) Die Diagnose der primitiven krankhaften Erscheinungen der in den Morg. Taschen sich abspielenden Leiden stösst, wie wir schon früher hervorgehoben haben, auf grosse Hindernisse, und werden dieselben erst dann unserer Kenntniss zugänglicher, wenn sie die obere Oeffnung erreicht oder über die Grenzen der Morg. Ventr. sich ausgedehnt haben. Dennoch haben wir sogar in diesem Stadium, trotz genauer Kenntniss der wenigen in den Morg. Taschen vorkommenden krankhaften Veränderungen und der mehrmals vorgenommenen Kehlkopfuntersuchung, mit vielen neuen Hindernissen zu kämpfen. Stülpt sich z. B. die Schleimhaut der Morg. Tasche partiell vor, was jedoch selten vorkommen kann (siehe meinen zweiten Fall), dann werden wir in der richtigen Auffassung der Diagnose sehr leicht getäuscht. Die vorgestülpte und geschwulstartig das Stimmband überlagernde Schleimhautpartie können wir leicht mit einer aus dem Sinus Morg. ausgehenden Neubildung, und zwar mit einem Sarcom, Epitheliom oder Cystengeschwulst verwechseln. Die bei der Diagnose zu Gesicht kommende Unsicherheit lässt sich dann nur mit Hilfe der Sonde, der Probepunction, stets jedoch erst nach vollendeter Neubildungexstirpation vollständig beseitigen. Gestattet uns in vorliegendem Falle der Mangel an Cachexie, das Fehlen von gewaltigen Störungen beim Schlingen und Athmungsacte, das verhältnissmässig gute Aussehen und der langsame Verlauf des Leidens, das Vorhandensein einer bösartigen Neubildung auszuschliessen, so können nur Schwierigkeiten in der Diffe-

[6]) Schrötter: „Vorlesungen über Krankheiten des Kehlkopfes etc.", Lieferung 2, Seite 101—103.

rentialdiagnose zwischen der partiellen Schleimhautvorstülpung und einer Cystengeschwulst vorliegen. Haben wir es einmal mit einer Cyste zu thun, so fühlt sich dieselbe wegen der Ausfüllung mit flüssigem Inhalte prall an und wird die Geschwulst nach dem Probeeinstechen gewöhnlich kleiner oder verschwindet sogar vollkommen. Bei partieller Vorstülpung der Sinusschleimhaut giebt die Probepunction (ausser Blutungen) gewöhnlich ein negatives Resultat; die Sonde zeigt eine weiche, teigartige Beschaffenheit der Geschwulst, dieselbe wird nach ausgeübtem starken Drucke in Folge des Zusammenfallens der Wände bedeutend kleiner und ist zum gewissen Grade — häufig jedoch vollkommen — leicht in die Morg. Falte reponirbar (Fall von Jelenffy). Die Geschwulst, die einen Theil der vorgestülpten Sinusschleimhaut bildet, zeigt sich in ihrem Inneren vollständig leer, erinnert durch ihr äusseres Aussehen an die normale Schleimhaut und besitzt an der Basis die grösste Breite; dagegen enthält der Cystentumor einen flüssigen Inhalt, an der Basis eine verstopfte Drüsencanalöffnung, derselbe bietet an dieser Stelle die kleinste Circumferenz und zeigen seine Wandungen macroscopisch eine grosse Abweichung von der normalen Schleimhaut.

Besitzen wir auch genügende Beweise, die uns das Vorhandensein von primitiven Erscheinungen in den Morg. Ventrikeln feststellen? Theilweise ja. Die Thatsachen, die gewissermaassen zur Auflösung dieser Aufgabe beitragen, basiren auf richtiger Beurtheilung folgender zwei Phänomene: des Schmerzes und der Modification in der Klangfarbe und Intensität der Stimme, die sogar schon dann vorhanden sind, wenn die anatomischen Veränderungen die obere Oeffnung und die Grenzen der Morg. Falte noch nicht überschritten haben, und ist in Folge dessen der Kehlkopfspiegel für die Aufstellung der Diagnose vollkommen ohne Bedeutung. Können wir nach mehrmaliger Untersuchung keine pathologischen Veränderungen im Kehlkopfe entdecken und der Patient beklagt sich trotzdem über beständigen Schmerz, so müssen wir annehmen, dass hier Störungen im Gebiete der sensiblen Kehlkopfnerven oder Schmerzen, die ihren Hauptsitz in der krankhaft veränderten Schleimhaut des Sinus Morg. haben, im Spiele sind.

Können wir dabei, wie im vorliegenden Falle, Krankheiten, wie Hysterie und Neurasthenie, im Verlaufe derer eine gesteigerte Erregbarkeit in der Schleimhautinnervation, hauptsächlich aber in ihren sensiblen Aesten sich geltend macht, ausschliessen, localisirt der Kranke seinen Schmerz andauernd an einer Stelle (die der normalen Lage des Sinus Morg. entspricht) und bleibt die Cocainanwendung auf die Behebung der krankhaften Erregbarkeit vollständig erfolglos, so wird die Annahme, dass der fortbestehende Schmerz ein Zeichen einer verborgen in der Morg. Tasche sich entwickelnden Krankheit bildet, vollkommen berechtigt sein.

b) Wir wissen positiv, dass die Morg. Falten einen sicheren Antheil in der Stimmbildung haben, denn einerseits sind sie reichlich mit secernirenden Drüsen, die zur Befeuchtung der Stimmbänder während der Phonation bestimmt sind, versehen, zweitens bilden dieselben in normalem Zustande Lufträume, die für die vibrirenden Stimmbänder die Rolle von Resonatoren spielen. Schon in den frühesten Stadien, in welchen die krankhaften Veränderungen in den Morg. Taschen ganz unent-

deckbar in der Tiefe der Ventrikel sich entwickeln, können in Folge der Verdickung und Hypertrophie der Schleimhaut die absondernden Drüsen in atrophischen Zustand gelangen und die Sinushöhlen sich bedeutend verkleinern oder gänzlich veröden. Dabei ruft der Spasmus des Thyreoarytaenoidalmuskels, dessen Fasern schief die verticale Fläche der Morg. Tasche durchkreuzen, eine Unbeweglichkeit und Starrheit der Sinuswände hervor und entsteht in Folge dessen eine bedeutende Functionsbeschränkung der Morg. Falten.

Dass diese beiden Factoren nicht ohne Erfolg auf die Stimmbildung bleiben, ist selbstverständlich. Die ungenügende Berieselung der Stimmbänder setzt bedeutend die Flexibilität und Schwingungskraft derselben herab, übt sodann einen gewissen Einfluss auf die Höhe und Tonstärke aus, gleichzeitig in Folge der Verringerung der Mitschwingungsfähigkeit der Nebenlufträume (der Morg. Falten) entstehen sehr evidente Modificationen in der Klangfarbe der Stimme. Haben wir derartige Stimmveränderungen gleichzeitig mit Schmerzen bei einem Kranken, bei dem der laryngoscopische Befund negativ ausfiel, constatirt, so gewinnt der Gedanke über das Vorhandensein eines Sinusleidens bedeutend an Wahrscheinlichkeit.

II. Für die Entstehung einer Schleimhautvorstülpung der Morg. Tasche ist das gleichzeitige Vorhandensein folgender ätiologischen Momente unentbehrlich: Eine Hypertrophie und Verdickung der Schleimhaut und ein constantes Andauern von gewaltigen Husten-Anfällen. Indem aber alle Autoren, die diese seltene Krankheit zu beobachten Gelegenheit hatten, eine besondere Rolle den soeben genannten Factoren zuschreiben, wird auch von ihnen gleichzeitig betont, dass der Schleimhautvorfall der Morg. Falte nur bei Störungen im Gesammtorganismus (Tuberculose, Lues, Krebscachexie) vorkommen kann.

Diese Annahme ist, wie ich glaube, zu einseitig und unrichtig gefasst.

Bei chronischen, nicht specifischen Kehlkopfcatarrhen, die stets zu Hypertrophie und Schleimhautverdickung führen, kann das erörterte Resultat leicht zu Stande kommen, wenn gleichzeitig günstige Bedingungen für das Hustenvorkommen zum Vorschein kommen. Solche Bedingungen bieten häufig die Krankheiten der respiratorischen Organe dar. Im Verlaufe dieser kommt es häufig in Folge der Verkleinerung der Respirationsfläche und unregelmässigem Gasaustausche in der zum Athmen bestimmten Luft während des Athmens zu grossem Sauerstoffmangel, und häufen sich allmählig Ursachen an, die das Vorkommen von Athemnoth und stürmischen Hustenanfällen befördern. Bei richtiger Auffassung dieser Thatsache wird die Möglichkeit des Vorkommens von Hernien des Sinus Morg. im Verlaufe von zahlreichen Krankheiten der respiratorischen Organe sehr leicht begreifbar (siehe unseren 2. Fall).

Dagegen muss die Ursache der so selten vorkommenden Combination von Lues und Tuberculose mit der Schleimhautvorstülpung der Morg. Tasche sehr räthselhaft erscheinen, wenn wir in näheren Betracht ziehen, dass diese Krankheiten im Kehlkopfe einen sehr häufigen Sitz haben. Dieser Widerspruch in unserer Annahme hat in folgender Ursache seinen Grund, nämlich, dass ebenso bei Tuberculose, wie auch bei Lues der Kehlkopfbefund am häufigsten uns das Vorhandensein von geschwürigen und Zerfallprocessen zum Vorschein bringt. In diesen Fällen kann

weder Verdickung, noch Hypertrophie der Schleimhaut vorkommen, im Gegentheil wird dieselbe allmählig dünner und atrophischer und fehlt deshalb, trotzdem gleichzeitig stürmischer Husten vorhanden sein kann, das wichtigste anatomische Moment für die Entstehung der Schleimhauteventration des Sinus Morgagni. In diesen, jedoch seltenen Fällen, in welchen der tuberculöse oder luetische Process eine Tendenz zur Ausbildung von derbem faserigen (leicht in Bindegewebe sich organisirenden) Exsudate verräth, können zwar anatomische Bedingungen, die das Entstehen von Hernien der Morg. Falte befördern, vorliegen, das zufällige jedoch und gleichzeitige Fehlen von Husten, der einen permanenten Reiz auf die verdickte Schleimhaut ausüben muss, behindert vollständig das Auftreten des besprochenen Resultates.

III. Die Therapie der Eventration der Morg. Ventrikel muss sich streng nach den ätiologischen Momenten, die das Leiden erzeugt haben, richten. Da häufig durchgemachte acute, besonders aber chronische Kehlkopfcatarrhe anatomische Bedingungen, die das Entstehen von Schleimhautvorfällen der Morg. Ventrikel begünstigen, bilden, so soll die Aufgabe der Prophylaxis in Beseitigung und Bekämpfung derselben beruhen (Beseitigung der Hypertrophie und der Verdickung der Schleimhaut). Besonders aber ist bei schon vorhandener Verdickung der Schleimhaut jede Anstrengung der Stimme streng zu verbieten und beständige Sorge für die Milderung des Hustens zu tragen. Bei vorhandener Lues und Tuberculose, besonders in den Fällen, in welchen der krankhafte Process zur fibrinösen Umwandlung der Gewebe strebt, beschützen wir, indem wir gleichzeitig die stürmischen Hustenanfälle bekämpfen, die verdickte Schleimhaut vor beständigen Insulten (Reiben, Dehnen, Reissen) und überwachen also die Entstehung von Hernien der Morg. Taschen. Bei schon vorhandenen Hernien ist die prophylactische Kur selbstverständlich erfolglos und können wir in diesen Fällen nur von einer radicalen Therapie günstige Resultate erwarten. Die chirurgischen Eingriffe, die zur Erzielung der erwünschten Resultate sich nöthig zeigen, hängen vollkommen von der Gestalt, welche die über die obere Oeffnung der Morg. Tasche erschienene Schleimhautvorstülpung annahm, ab. Hat dieselbe die Form eines länglichen, mit der Sonde unreponirbaren Wulstes angenommen, so können wir diesen leicht durch häufige Einschnitte oder durch Aetzungen mit Chromsäure und den galvanischen Strom zum Schwinden bringen. In denjenigen Fällen aber, in welchen die vorgestülpte Schleimhaut unter der Gestalt von einzelnen grösseren oder kleineren, nicht reponirbaren Tumoren zum Vorschein kommt, ist eine radicale Heilung nur nach der vorgenommenen Exstirpation der entstandenen Geschwülste zu erwarten. Da wir jedoch in diesen Fällen nur den sichtbaren Theil der Geschwulst zu entfernen im Stande sind, so ist es wünschenswerth, um den Kranken vor möglichen Recidiven zu beschützen, die verbliebenen, tief in dem Ventrikel eingekerbten Tumorreste nachfolgend mehrmals zu cauterisiren (siehe den 2. Fall).

Lodz, den 6. April 1890.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Cicatrices membranae tympani
post otitidem mediam suppurativam chron.

wurden 147mal beobachtet. Folgende zwei Krankengeschichten mögen hier Platz finden, deren eine Interesse bietet durch die ausgedehnten Zerstörungen in der Paukenhöhle, deren andere durch das Vorhandensein einer manometrischen Narbe.

1) Georg St., 54 J., Bauer. Seit 14 Tagen rechts Otorrhoe; vor 30 Jahren links durch ein Jahr Otorrhoe gehabt. Seitdem Schwerhörigkeit. Seit einigen Jahren Schwindel. Leichte Parese des linken Facialis, seit mehr als einem Jahre Herabsetzung der Sehschärfe links (Stellwag: Neuritis nervi optici sinistri.)

R. Otitis media suppur. acuta. Uhr nullibi. Laute Sprache $^3/_4$ Mtr.

L. Trommelfell sehr retrahirt, verdickt, mit Kalkeinlagerungen. Im vorderen unteren Quadranten eine linsengrosse Narbe, die beim Athmen und Schlucken deutliche Schwankungen zeigt. Uhr nullibi. Laute Sprache 15 Ctm. Rinne eclatant +. Galton 11.

2) Vor einem Jahre links Otorrhoe durch 2 Monate. Patientin will bis vor 2 Monaten gut gehört haben, leidet seit einigen Tagen an Ohrensausen linkerseits. Links Trommelfell in der hinteren Hälfte zerstört, der Einblick in die Trommelhöhle frei. Die vordere Trommelfellhälfte liegt der inneren Paukenhöhlenwand an, ist weisslich getrübt, verdickt. Vom Umbo nach vorn unten ist eine linsengrosse Stelle röthlich glänzend, stärker concav. Der Hammergriff bildet die hintere Grenze des Trommelfellrestes. Von ihm zieht sich ein sichelförmig nach oben concaver Rand gegen die hintere untere Peripherie. Man sieht das Promontorium, die Nische des runden und ovalen Fensters, letzteres ohne den Stapes, darüber den Canalis Fallopiae. Ambos und Steigbügel fehlen. Beim Siegle'schen Versuch bewegt sich nur die genannte Partie vor dem Umbo.

Flüstersprache 10 Ctm., Uhr 2 Ctm. Rinne negativ. Weber nach links.

Perforatio sicca membranae tympani

wurde 86mal beobachtet. In Anbetracht der günstigen Erfolge, die Berthold in solchen Fällen von der Myringoplastik gesehen hat, für welche Operation er in seiner diesjährigen Schrift: „Die letzten 10 Jahre der Myringoplastik" warm eingetreten ist, haben auch wir uns bewogen gefunden, die schon fallen gelassenen Versuche wieder aufzunehmen. Es wurden genau nach der Forderung Berthold's die Fälle ausgewählt und genau nach seiner Vorschrift die betreffenden Manipulationen ausgeführt. Trotzdem hatten wir nur negative — und zu weiteren Versuchen nicht einladende Erfahrungen machen können. Die diesbezüglichen Krankengeschichten folgen hier kurz:

1) 8. Juli. A. M., 30jährige Agententochter, ist seit vielen Jahren schwerhörig beiderseits in Folge von Otitis media suppurat. chronica.

Links besteht eine nierenförmige Perforation des Trommelfelles, die Mucosa tympani ist noch geröthet, geschwollen, die Secretion hat sistirt. Die Uhr wird rechts 14 Ctm., links 12 Ctm. gehört, und es entsteht beim Catheterismus links Perforationsgeräusch.

Vom Oberarme der Pat. wird ein ovales Hautstückchen von 1 Ctm. Länge und 7 Mmtr. Breite mittelst Hohlscheere entnommen und zu einer der Perforationsöffnung entsprechenden Form zugeschnitten. Die Hautwunde wird mit 3 Knopfnähten geschlossen und mit einem Jodoformgazeverbande versehen Eine viertel Stunde nach der Ausschneidung des Hautstückes wird dasselbe der inneren Wand der Paukenhöhle links transplantirt. Nach dem Einlegen hört Pat. die Uhr 21 Ctm. weit. Bestauben mit Borsäure.

10. Juli. Pat hat keine Schmerzen gehabt, hört seit der Operation viel besser; geringe Eitersecretion. Das Hautstück deckt sehr passend den Defect, ist aber weissgelblich, der Rest des Trommelfelles geröthet. Die Uhr wird trotz Unruhe in der Umgebung 35 Ctm. weit gehört.

15. Juli. Keine Schmerzen In der Tiefe des Gehörganges Secret, das mit Baumwolle abgetupft wird. Im vorderen Segmente eine weissgelbliche, etwa 5 Mmtr. hohe, 3 Mmtr. breite Stelle (Hautlappen?), über derselben der kurze Fortsatz angedeutet, im hinteren Segmente leichte Schwellung und Röthung, hinten unten eine gelbgraue Partie von sichelförmiger Gestalt mit der Concavität nach vorn, in der Mitte der letzteren ein schwärzlicher Punkt.

17. Juli. Links im Gehörgang sehr wenig Secret. Der Hautlappen weissgelblich, anliegend. Uhr beiderseits 12 Ctm.

24. Juli. Uhr links 12 Ctm Kein Sausen, die Lücke hat sich nach vorn verkleinert. Im vorderen Segmente ist der Lückenrand geröthet, nach hinten unten grauweisslich. Nach hinten vom vorderen freien Segmente des Lückenrandes liegt eine hirsekorngrosse, vertiefte, fleischroth gefärbte Stelle, in welcher ein pulsirender Lichtreflex bemerkbar ist.

Bei vorsichtiger Ausspritzung geht das vollständig macerirte Hautstückchen mit.

2) Moritz S., 38 J., Lehrer in Kaposvár (Ungarn), leidet an Ohrenfluss und Schwerhörigkeit seit Kindheit. Rechts Destructio membr. tymp.

15. Juli. Myringoplastik. Transplantation eines dem rechten Oberarm entnommenen Hautstückes auf den Trommelfelldefect.

16. Juli. Keine Reactionserscheinungen. Bei der Untersuchung des Gehörganges zeigt sich der Lappen gesenkt, so dass die obere Hälfte des Substanzverlustes im Trommelfell unbedeckt ist und man die geröthete Schleimhaut des Promont. sieht. Der Lappen wurde wieder mit der Sonde an Ort und Stelle gebracht und das Ohr mit Sublimatgaze verbunden.

19. Juli. Der Lappen liegt an, deckt aber nicht den ganzen Substanzverlust des Trommelfelles. Lappen weiss, kein Exsudat.

22 Juli. Kein Schmerz, kein Sausen. Das im Gehörgang befindliche Stück Sublimatgaze ziemlich stark mit Eiter durchtränkt, so dass die Ausspritzung des Gehörganges erforderlich wurde. An dem Reste des Trommelfelles, welches mässig gewulstet erscheint, ist der Hammergriff mit stark injicirtem Cutisüberzug und deutlichem kleinen Fortsatz bemerklich; der erstere ragt in das transplantirte Hautstück fast in nor-

maler Stellung hinein; von dem Lückenrande des Trommelfelles ist das vordere untere Segment in der Ausdehnung von etwa 3 Mmtr. und das hintere untere Segment in eben solcher Ausdehnung deutlich zu unterscheiden. Derselbe erscheint intensiv geröthet. Hörweite 1 Ctm.

24. Juli. Etwas weniger Secret, sonst keine Veränderung. Hörweite 1 Ctm.

26. Juli. Das transplantirte Stück sammt Eitermassen an der Sublimatgaze anhaftend und damit abgegangen.

Fibroma molle auriculae. Von Dr. Wilh. Anton. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 28, Heft 4.)

A. entfernte bei einem 44jähr. Schlosser eine angeblich innerhalb 4 Monaten gewucherte Geschwulst von Wallnussgrösse, röthlicher Farbe, weicher Consistenz und mit exulcerirter Oberfläche, welche die Concha des linken Ohres ausfüllte und den Meatus aud. ext. theilweise verschloss. Nach der Entfernung mittelst Glühschlinge fand A. den nur 4 Mmtr. breiten Stiel zwischen Spina helicis und dem unteren Schenkel der Crura furcata-Wurzeln. Die Geschwulst erwies sich als bindegewebige Neubildung von alveolärer Structur mit Veränderungen entzündlicher Natur.

Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Société française d'otologie et de laryngologie, séance annuelle du 23 et 24 Mai 1890.

Dr. Noquet legt die Fragmente eines sehr grossen, weichen, stückweise extrahirten Rhinolithen vor; der Kern bestand aus einem zusammengewundenen Stück Seide, welches wahrscheinlich behufs Nasentamponade bei Blutung eingeführt worden war, von welcher Manipulation Patient aber nichts mehr wusste. Das Hauptsymptom waren der ozaenaartige Geruch, die Schmerzlosigkeit und das Thränen des entgegengesetzten Auges als Reflex.

Dr. Ruault zeigt drei exstirpirte Nasensteine; alle drei bei Erwachsenen, mit foetidem, aber nicht ozaenaähnlichem Geruch, bei jedem neuralgische Schmerzen, aber sonst keine Reflexerscheinungen, namentlich keine asthmatischen Anfälle und keinen Spasmus glottidis hervorrufend; blos in einem Falle konnte ein Kirschkern als Ausgangspunkt der Kalkauflagerungen nachgewiesen werden. R. zweifelt aber nicht, dass in den beiden anderen Fällen Fremdkörper, wenn auch nicht mehr mit blossem Auge nachweisbar, bestanden; denn das autochthone Entstehen der Rhinolithen sei zweifelhaft.

Dr. Wagnier erzählt den Fall eines 9 Monate alten Kindes, welches beim Fallen ein 30 Ctm. langes Stück Holz sich in die Tiefe des Mundes stiess. Vier Tage später Ausfluss aus einem Ohre mit Bildung von Ohrpolypen. Es wurde später ein Stück Holz durch Operation 5 Ctm. unter dem rechten Gehörgange entfernt, die Eiterung sistirte und die Polypen trockneten ein.

Dr. Charazac spricht über einen Fall von hysterischem Mutismus. Der Anfall trat bei einem heftigen Schmerz ein, welchen das 18jährige Mädchen in Folge einer raschen Bewegung verspürte, nachdem es zwei Wochen vorher eine Stecknadel verschluckt hatte. Das Stummsein war das einzige Symptom der Hysterie. Patientin war überzeugt, dass das Stummsein directe Folge der verschluckten Nadel sei, welche ihrer Aussage gemäss im linken Perichondrium sitze, wo sie auch den Schmerz verspürte. Die Suggestion während des hypnotischen Schlafes brachte der Kranken die Stimme auf zwei Tage wieder, aber dann behauptete sie, die Nadel und der Schmerz seien blos verlegt. Bei einem zweiten Versuch machte Verf. während des hypnotischen Schlafes eine Morphiumeinspritzung an der schmerzhaften Stelle; der Schmerz verschwand, um nicht mehr wiederzukehren und Patientin war geheilt.

Dr. Raulin spricht über die adenoiden Vegetationen bei Erwachsenen, Dr. Boucheron über das Zusammenbestehen der adenoiden Vegetationen und der Gaumenspalte. Dr. Joal betont die Häufigkeit des Oesophagismus als Reflexerscheinung von Nasenleiden, von der Pharynxmandel und sogar von hypertrophischen Zungenpapillen. Dr. P. K.

Die Pathologie des Heufiebers. (The pathology of hayfever.) Von J. B. Berkart, M. D., London. (Lancet, 5. Juli 1890.)

Verf. sieht in dem Heufieber nichts Besonderes, nichts, was nicht durch die gewöhnliche Ursache, Erkältung, hervorgerufen werden könnte. Auch die Pollentheorie lässt er nicht gelten, da in der Luft noch viele andere Schädlichkeiten enthalten seien, als: Infusorien, Thierhaare, Bacillen etc. etc., welche ebenso gut Ursache der Erkrankung sein könnten. Er glaubt, dass hauptsächlich der Staub Ursache sei und dass deshalb gerade der Sommer dazu disponire. (Wir haben sehr oft im Winter monatelang sehr viel Staub, den Heuschnupfen habe ich aber noch nicht im Winter gesehen. Ich will damit nicht leugnen, dass Einathmen von Staub nicht Schnupfen erzeugen könnte. Ref.)

Dr. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Apsithyria. Aus der Berliner Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenleiden. Von Dr. Peltesohn. (Berl. klin. Wochenschr. No. 30, 1890.)

Unter diesem von Solis Cohen eingeführten Namen wird die mit der hysterischen Aphonie verwandte hysterische Stummheit, die „Unfähigkeit, selbst zu flüstern," beschrieben, von der z. Z. erst 45 Fälle bekannt seien, und deren 2 in der genannten Poliklinik zur Beobachtung kamen. Das Characteristische der Erkrankung ist die Unmöglichkeit, auch nur den geringsten Laut hervorzubringen. Während der Taubstumme und der Aphasische „wenigstens weinen, schreien, grunzen, unartikulirte Laute ausstossen" können, versagen dem an Apsithyria Leidenden Lippen, Zunge, Gaumen, soweit sie zur Artikulation benutzt werden sollen, vollkommen den Dienst. „Er hat das Gedächtniss seiner artikulatorischen Bewegungen eingebüsst" und „greift deshalb sofort zu Bleistift und Papier, um sich mit seiner Umgebung zu verständigen". Die

Affection kommt bei beiden Geschlechtern vor: die Altersgrenzen (sämmtlicher Fälle) schwankten zwischen dem 6. und 51. Lebensjahre. In 6 Fällen (sämmtlich Männer) war die Apsithyria von Verlust des Gehörs begleitet. Der Beginn ist meist plötzlich: nach Schreck, Ueberraschung, Aerger etc., oder im Anschluss an Laryngitis oder Aphonie, oder nach hysterischen Schrei- und Lachkrämpfen; in anderen Fällen fehlt jede nachweisbare äussere Veranlassung. Viele Patienten klagen über gleichzeitige eigenthümliche Empfindungen im Halse oder an der Zunge. Laryngoscopische Befunde liegen nur wenige vor. In dem von P. ausführlich beschriebenen Falle standen die Stimmbänder in der Mitte zwischen Ab- und Adduction und konnten der Mittellinie nicht genähert werden. „Nur ein leises Erzittern des freien Randes und eine minimale Bewegung der Aryknorpel lassen die Intention zum Phoniren erkennen.“ Abductionsbewegungen normal; Pat. ist aber weder im Stande laut zu husten noch laut zu lachen. Verlauf und Dauer der Affection ist entsprechend ihrem hysterischen Character ohne Regel und Maass. Häufig kehrt die Sprache ganz plötzlich wieder: auf den centralen Ursprung der Störung weisen dagegen solche Fälle hin, in denen die Kranken, bevor sie die Herrschaft über die Sprache wiedererlangen, eine Zeit lang nur stammelnd und stotternd erst Worte und dann Sätze hervorzubringen vermögen. Hysterische Begleiterscheinungen waren in allen Fällen vorhanden. Die Prognose wird als „wohl niemals ungünstig“ bezeichnet. Therapeutisch werden neben allgemeinen antihysterischen Maassnahmen methodische Sprechübungen empfohlen. Heinze.

Jahresversammlung der belgischen Laryngologen und Otologen in Brüssel 1890. (Assemblée annuelle des laryngologistes et des otologistes belges 1890.) Von Dr. Goris. (Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie No. 14.)

Bayer spricht über Correlation der Sexualorgane der Frau und dem Stimmorgan, Capart stellt einen durch Electrolyse behandelten und in der Heilung begriffenen Nasenrachenpolypen vor; Goris heilte ein nach Tracheotomie bei einem 12jährigen Kinde aufgetretenes tracheales Cheloid durch einfaches Reiben mittelst der Fauvel'schen Pincette; derselbe stellt ein durch Mittelohrcatarrh epileptisch gewordenes 30jähr. Mädchen vor, welches durch Catheterismus der Eustachi'schen Trompete und die von Delstanche angerathene Rarefaction geheilt wurde. Delstanche stellt eine durch Rarefaction behandelte Patientin vor; selbe hatte sich mittelst einer Stricknadel das Trommelfell durchbohrt; gleich darauf folgende Taubheit, Ohrensausen und an's Bett fesselnder Schwindel; die nach einiger Zeit vorgenommene Untersuchung ergab eine schwarze, nach innen adhaerirende Narbe auf dem Trommelfell; gleich nach der ersten Sitzung verschwand das Ohrensausen, der Schwindel nahm ab und verschwand später vollständig, die Taubheit wurde nicht geheilt. Laurent erzählt ein Beispiel, wo Reflexsymptome, welche auf Nasenleiden beruhten, durch die Behandlung vermehrt, statt geheilt wurden; durch die bei der Behandlung gebildeten Narben werden in solchen Fällen Endigungen der Nerven gezerrt und Verschlimmerung statt Heilung gebracht. Rutten erzählt einen Fall von Polyp der Highmorshöhle, welcher die Alveole des

entfernten zweiten Backzahnes durchbrochen und den Zahn ersetzt hatte. Schiffers zeigt einen grossen Rhinolithen.

Folgte noch eine Discussion über verschiedene Gegenstände, an welcher sich Rutten, Hicquet, Eemann, Capart, Goris und Delstanche betheiligten. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Hypertrophie der Zungentonsille, von denen der eine ernste Symptome zeigte. (Two Cases of Hypertrophy of the Adenoid Tissue of the Base of the Tongue, one of them producing „serious Symptoms".) Von J. E. Boylan, Cincinnati, O. (The Journ. of the Am. Med. Ass., 12. Juli 1890.)

Etwas weitschweifiger Bericht zweier Fälle von Hypertrophie der Zungentonsille mit wiederholten Erstickungsanfällen bei dem einen Pat. — Bei der Lectüre dieses Artikels wäre man geneigt, einen Ausdruck wie „Tonsilla lingues" für einen Druckfehler zu halten, wenn Verf. nicht kurz vorher von „Asinus glands" gesprochen hätte, ein lateinisches Sprachräthsel, dessen Bedeutung dem Ref. ebenso unklar geblieben ist, wie wohl dem Herrn Verf. selber. W. Fr. (N.-Y.)

Ein Fall von Trepanation wegen Paralyse der Sprache in Folge einer Verletzung. (A Case of Trephining for Paralysis of Speech Following an Injury.) Von J. D. Jones, Utica, N.-Y. (The N.-Y. Med. Journ., 12. Juli 1890.)

Wiewohl Verf. zugesteht, einen Irrthum in der Diagnose gemacht zu haben, hält er doch (und wir mit ihm. Ref.) folgenden Fall für wichtig genug, um ihn mitzutheilen. Ein 26jähriges, lüderliches Frauenzimmer wurde bewusstlos und mit den äusseren Zeichen einer stattgehabten Verletzung aufgefunden. Sie hatte vollständige Paralyse der rechten Seite. Die Sensibilität war gleichfalls herabgesetzt. Sie konnte nichts sprechen, ausser „No" und „I can't". Auch vorgesprochene Worte konnte sie nicht wiederholen. Schliesslich hatte sie noch grosse Ecchymosen auf der linken Seite des Kopfes über und hinter dem linken Auge. Alles dies veranlasste den Autor, an Druck, veranlasst durch einen Bluterguss in der Gegend des Sprachcentrums, zu denken. Es wurde trepanirt (nach der von Dana angegebenen Localisation), wobei eine starke Blutung aus einer grossen Vene der Diploë erfolgte. Den erwarteten Blutklumpen fand man jedoch nicht, hingegen war das „Gewebe an dieser Stelle augenscheinlich erkrankt". Drei Tage nach der Operation fing das Mädchen wieder an zu sprechen und konnte etwa am zehnten Tage schon fast alle Worte wiederholen, die ihr vorgesprochen wurden. W. Fr.

Nervöse Aphonie „a frigore" bei einem Kinde. (Aphonie nerveuse „a frigore" chez un enfant.) Von Dr. Peyrissac. (Annales de la Policlinique de Bordeaux und Revue de laryngol. et d'otologie No. 19.)

Ein 13jähriges, sonst nicht nervöses Kind durchnässte sich beim Blumenbegiessen und ward aphon; nach 6 Wochen sah man im Kehlkopfspiegel einen catarrhalischen Zustand der Stimmbänder mit Lähmung aller Phonationsmuskeln. Nach einigen Versuchen, die Vocale laut auszusprechen, kam die Stimme zurück. Verf. nimmt als Ursache den Reiz der Kälte auf die so empfindlichen Aryknorpel an. Dr. P. K.

Chronische nervöse Dysphonie. (De la dysphonie nerveuse chronique.) Von Dr. Brissand. (Archives de laryngologie und Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie No. 14.)

Sie ist neuropathischer und meist hereditärer Natur und besteht in einer Accomodationsinsufficienz der phonischen Stimmbandmuskeln; die Sprachstörung ist constant. Verf. erzählt 10 solcher Beispiele, wo sonst kein anderes Symptom von Hysterie bestand; bei Hysterie besteht bekanntlich Aphonie; gewöhnlich können solche Kranke gut singen und predigen mit Pathos. Verf. stellt diese Dysphonie auf gleiche Stufe mit dem Stottern; Stotternde können gewöhnlich gut singen und ein auswendig gelerntes Stück vortragen, ohne zu stottern. Dr. P. K.

Einseitige Larynxlähmungen; ihre diagnostische Bedeutung. (Etude sur les laryngoplégies unilatérales; leur valeur diagnostique.) Von Dr. Rémi Moncorgé. (Thèse de Lyon, Juni 1890, und Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie No. 14.)

Verf. giebt die diagnostische Bedeutung der einseitigen Stimmbandlähmungen in den Fällen von Aneurysma, Oesophaguscarcinom, Kropf, Tabes dorsalis, Centralleiden; er geht die Lähmungen der einzelnen Muskelgruppen durch, in Bezug der respiratorischen Larynxlähmung steht er auf der Seite von Krause, nimmt mit Krause, Masini und Garel ein doppeltes Laryngealcentrum mit Kreuzung der Fasern, nahe dem Hypoglossus- und dem Aphasiecentrum gelegen, an. Sonst enthält die Schrift nichts Neues. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der combinirten Larynxphthise und Larynxsyphilis. (Contribution à l'étude des lésions combinées de la syphilis et de la tuberculose du larynx.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngol. und Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie No. 14.)

Die Differentialdiagnose zwischen Larynxtuberculose und Larynxsyphilis stösst manchmal auf solche Schwierigkeiten, dass man die Frage aufgeworfen hat, ob nicht in solchen Fällen beide Krankheiten zugleich bestehen können. Verf. giebt vier Beispiele, wo Larynxtuberculose auf Larynxsyphilis gefolgt ist und wo Verf. den Uebergang eines Geschwürs in das andere laryngoscopisch verfolgt hat. Die tertiäre Syphilis bringt den Kranken unter geeignete Verhältnisse, um den Koch'schen Bacillus mittelst der bestehenden Geschwürsflächen aufzunehmen.

Dr. P. K.

Untersuchungen über die Aetiologie der Kehlkopftuberculose. Von Dr. Eugen Fränkel. (Virchow's Archiv, Bd. 121, Heft 3, 3. Sept. 1890.)

F. untersuchte die in 16 Kehlköpfen von an Lungenschwindsucht Verstorbenen vorgefundenen Veränderungen, welche theils in oberflächlichen Substanzverlusten an den Processus vocales (7 Mal), theils in flachen („lenticulären") Ulcerationen auf der Schleimhaut unterhalb der Glottis bezw. an Stimmbaud und Kehldeckel, theils in tiefen Ulcerationen mit Infiltration in der Gegend der Aryknorpel, an den Lig. aryepiglott., der Epiglottis und der hinteren Larynxwand bestanden. Aus den Bildern, welche die microscopische Untersuchung, insbesondere der an den Proc. vocales gefundenen Substanzverluste ergeben hat, folgert F., dass die

Tuberkelbacillen nicht auf dem Wege der Lymphbahnen, von innen heraus, sondern von der Oberfläche her, durch oder zwischen die Epithelzellen hindurch in die Schleimhaut eindringen und allmählig in die tieferen Theile gelangen. Ob die Bacillen in jeder Beziehung völlig intacte Epithelien zu durchdringen vermögen, lässt er dahingestellt: jedenfalls sei das Fehlen des Epithels nicht nothwendige Vorbedingung für deren Einwanderung in die Gewebe. Die Frage, ob die Tuberkelbacillen ganz allein Veranlassung seien für die Entstehung und Weiterentwicklung der tuberculösen Processe im Kehlkopf, wird von F. bejaht: zwar konnte ziemlich häufig die Anwesenheit von noch anderen Microorganismen (Staphylo- und Streptococcen) nachgewiesen werden, doch sei deren Eindringen für eine secundäre Infection zu halten, da die Tuberkelbacillen immer in noch tieferen Gewebsschichten angetroffen würden als die Coccen. Beweise dafür, dass, je tiefgreifender die Zerstörung, um so grösser auch die Zahl der eingedrungenen Bacillen wäre, haben sich nicht ergeben; dagegen bestätigten die Untersuchungen den Satz, dass, je reichlicher Riesenzellen, desto spärlicher Tuberkelbacillen vorhanden sind, und umgekehrt. Dass auch nicht durch Tuberkelbacillen bedingte und characterisirte Ulcerationen als alleinige pathologische Veränderung oder neben ausgesprochenen tuberculösen Processen im Kehlkopfe Schwindsüchtiger vorkommen, fand F. in 2 Fällen bestätigt. Beide Male sassen die Substanzverluste am bezw. in der Nähe des Proc. vocalis. In therapeutischer Hinsicht glaubt F. durch das Resultat seiner Untersuchungen die Berechtigung der von Heryng empfohlenen chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose, insbesondere auch in den Anfangsstadien derselben, nachgewiesen zu haben. Heinze.

Ueber die Verengerungen der Luftröhre und des Kehlkopfes, welche bisweilen dem Gebrauche von Tracheotomieröhren folgen, mit Bemerkungen über den augenblicklichen Stand der Frage der Intubation. (On the stenosis of the trachea and larynx, which occasionelly follows the use of a tracheotomy tube, with remarks on the present position of intubation.) Von Bernard Pitts and W. F. Brook. (Lancet, 10. und 17. Januar 1891.)

In den meisten Fällen kann man die Tube nicht entfernen wegen Mangel an Zuversicht seitens der Kranken. In den 4 Fällen, über welche Verff. berichten, war indessen ein mechanisches Hinderniss in dem obersten Theile der Luftröhre und dem untersten Theile des Kehlkopfes entstanden. Verff. nehmen an, dass die Ursache meistens in den zu hoch, im Ringknorpel angelegten Schnitten und in ungeeigneten Canülen zu suchen sei. Der erste Fall betraf einen 3jährigen Knaben, bei welchem 3 Jahre lang mittelst Cathetern und Intubation versucht worden war, die natürliche Athmung wieder herzustellen. Dies gelang aber erst, nachdem durch eine Thyreotomie eine diaphragmaähnliche Membran im untersten Theile des Kehlkopfes exstirpirt worden war. Danach war die vorher vergeblich angewendete Intubation von Erfolg begleitet. Der zweite Fall, welcher 3 Monate lang die Röhre tragen musste, wurde geheilt, nachdem in der Luftröhre Granulationen nach Erweiterung der Wunde entfernt worden waren und dann eine Intubationsröhre eingelegt worden war. In dem dritten Fall war die Ur-

sache in einer Narbenmasse an der hinteren Wand der Luftröhre zu suchen; nachdem diese durch Operation entfernt worden war, kam die Heilung durch lang fortgesetzte Intubation zu Stande. Der vierte Fall betraf einen 9jährigen Knaben, welcher 5 Jahre die Canüle getragen hatte und bei welchem es erst nach wiederholter und sehr ausgiebiger Entfernung der Narbenmasse, die ähnlich wie in dem ersten Fall gestaltet war, gelang, eine Intubationsröhre einzuführen und den Knaben dadurch allmählig zu heilen.

Man soll in ähnlichen Fällen allemal die Intubation zuerst versuchen und erst wenn diese fehlschlägt, nachsehen, ob nicht Hindernisse in der Luftröhre oder dem Kehlkopfe sind, welche man dann vorher auf operativem Wege entfernen muss. Bei der Einführung der Röhren kann man in solchen Fällen schon einen gewissen Grad von Gewalt anwenden, den man bei frischen Entzündungen vermeiden müsste. Nach der Einführung giebt er einige Tage eine breiige Nahrung, die Kranken lernen aber sehr schnell trotz der Röhren auch flüssige Nahrung schlucken. Die Herausnahme der Röhren, die in einem der Fälle 14 Tage liegen blieb, war immer der schwierigste Theil der Behandlung, da das Instrument zum Herausnehmen zu lang war. Er liess sich daher ein kürzeres machen. Die Tracheotomiewunde wird während dem durch einen Hartgummipflock offen gehalten. Verff. besprechen dann noch die Indicationen und Contraindicationen der Intubation. Unter den Nachtheilen führen sie Stenosen des Kehlkopfes an, welche durch Druckgeschwüre durch die Röhre herbeigeführt worden waren.

Dr. M. Schm.

Ein Fall von partieller Laryngectomie wegen Carcinoms des Larynx. (Report of a Case of Partial Laryngectomy for Carcinoma of the Larynx.) Von Max Thorner, Cincinnati, O. (The Journal of the Amer. Med. Ass., 21. Juni 1890.)

Characteristischer Fall eines nach B. Fränkel sogen. Carcinoma ventriculare, der eine seit 4 Jahren verheirathete, 51jährige Frau betraf. Dieselbe leidet an leichter Dyspnoë und ist jetzt bereits vollständig aphonisch. Rechtes Stimmband normal, linkes mit einer kirschgrossen, etwas unebenen und scharf abgegrenzten Masse bedeckt, welche vollständig den Ventrikel und das falsche Stimmband erfüllt. Der Tumor bewegt sich bei der Phonation gegen die Mittellinie, die Glottis schliesst aber nicht vollkommen.

Nach 6wöchentlicher fruchtloser Behandlung mit Jodkalium (in Amerika werden bekanntlich colossale Dosen davon gegeben. Ref.) wurde die Laryngectomie gemacht und trotzdem die Wunde schön verheilte, starb Patientin doch am 6. Tage nach der Operation. Verf. ist der Ansicht, dass der Exitus letalis hier in Folge von Herzschwäche eingetreten sei und bekennt offen, dass er in einem ähnlichen Falle nicht zögern würde, die Operation abermals vorzunehmen. (Da hier kein Herzfehler vorlag, so fragt es sich, ob nicht doch durch Erhaltung gewisser Nervenverbindungen [vergl. Stoerk] das Leben hätte verlängert werden können. Ref.) W. Fr. (N.-Y.)

Die Verhütung der Cocain-Intoxication. (The Prevention of the Toxic Effect of Cocaine.) Von Isidor Gluck, Omaha, Neb. (Med. Record, 21. Juni 1890.)

Um die toxischen Eigenschaften des Cocains aufzuheben, gebraucht Verf. folgende Lösung:

Rp. Phenol. gutt. II.
Aqu. dest. . . . . 3,5.
Adde
Cocain. hydrochl. . . 0,6. W. Fr. (N.-Y.)

Keuchhusten, Croup, Tracheotomie, Verschlimmerung des Keuchhustens, Heilung. (Coqueluche, croup, trachéotomie, Aggravation de la coqueluche, guérison.) Von Dr. Ollive. (Gazette médicale de Nantes und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20.)

Ein 27 Monate altes, mit Tussis convulsiva behaftetes Kind bekam am zehnten Tage der Krankheit Heiserkeit mit Athemnoth. Keine Diphtheritis, keine Ganglienschwellung; wegen des raschen Auftretens der Erkrankung musste Trachealdrüsenschwellung ausgeschlossen werden. Lungen gesund. Die Tracheotomie musste ausgeführt werden. Der Keuchhusten nahm Anfangs zu, dann aber ab. Am 8. Tage konnte die Canüle entfernt werden. Dr. P. K.

Intubation des Kehlkopfes in einem Fall von Diphtherie. (Intubation of the larynx in a case of diphtheria.) Unter Behandlung von Dr. Barlow, mitgetheilt von Dr. Bays. (Lancet, 20. September 1890.)

Beim Einführen schob die Röhre die Membranen in der Trachea vor sich her und verursachte einen Erstickungsanfall, es musste dann die Tracheotomie gemacht werden. Das Kind starb nachher am zweiten Tage. An der Hand dieser Erfahrung ist der Verf. der Ansicht, dass man bei der Intubation immer auch für Tracheotomie gerüstet sein müsse. Dr. M. Schm.

Ueber Branchialfisteln. (Des fistules branchiales.) Von Dr. F. Schiffers, Lüttich. (Internation. Congress für Laryngol. und Otologie. Paris, September 1889.)

Verf. bearbeitet die Frage der Branchialfisteln und namentlich derjenigen der Seitengegend des Halses, der sogenannten Pharyngealfisteln; sie sind nicht nur für den Embryologen, sondern auch für den practischen Arzt von Wichtigkeit. Verf. studirt deren Pathogenie und deren chirurgische Behandlung. Sie sind nicht so selten, wie man annimmt, sie werden oft nicht erkannt; das Studium ist namentlich in Frankreich vernachlässigt worden, denn in der ganzen französischen Literatur findet man nur 3 Fälle erwähnt. Verf. erzählt einen Fall aus seiner Praxis, welcher ihm Gelegenheit gegeben hat, die Symptome und die Behandlung des Leidens genauer zu studiren.

Ein 30jähriger Mann zeigte an der rechten Halsseite vor dem Sternocleidomastoideus eine fistulöse Oeffnung, aus welcher seit 14 Jahren eine

eitrig-seröse Flüssigkeit ausfloss. Nach der Exstirpation der Cyste (secundäre Branchialcyste) mittelst Messer und Pincette hörte der Ausfluss auf und der Kranke war vollständig geheilt.

Das Leiden war congenital, eine Schwester des Patienten hatte an der rechten Halsseite dasselbe Uebel.

Man muss sich immer überzeugen, ob die Fistel blind ist, oder ob sie eine innere Oeffnung hat; dazu bedient man sich am besten der Pharyngo- und Laryngoscopie. Das Einspritzen farbiger oder stark schmeckender Flüssigkeit ist nicht anzurathen, weil bei gewundener Fistel, selbst wenn letztere eine innere pharyngeale Oeffnung besitzt, die Flüssigkeit nicht in den Pharynx gelangt. Das künstliche Schliessen der äusseren Oeffnung auf der Haut kann zur Diagnose verhelfen, indem es eine Zeit lang den Ausfluss hemmt und durch die Palpation die cystische Anschwellung erkennen lässt.

Um dieses embryonale Leiden zu heilen, räth Verf. die Excision an. Man kann den Sack blosslegen durch Messer, Pincette und Hohlsonde, was denn auch in dem gegebenen Fall geschehen ist.

Verf. zeigt der Versammlung die eiförmige, etwa 7 Ctm. lange, exstirpirte Cyste, sowie microscopische Präparate, welche vom Seitenrande der Ausgangsöffnung herrührten. Die Galvanocaustik könnte auch gegebenen Falles angewandt werden; man wird aber wegen des sinuösen, geschlängelten Verlaufes des Canales auf Schwierigkeiten stossen.

Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: A. Bistrzycki und K. v. Kostanecki: Das Gewicht menschlicher Gehörknöchelchen. — Meyjes: Ein Fall von Zweitheilung im vorderen Theil der mittleren Muschel. — Onodi: Fälle von Parosmien. — Lamann: Die Accumulatoren im Dienste der Laryngologie etc. (Schluss). — Hansberg: Heilung eines grossen „typischen" Nasenrachenpolypen (Schluss). — Przedborski: Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni) (Schluss). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken (Fortsetzung). — Anton: Fibroma molle auriculae. — b) Rhinologische: Société française d'otologie et de laryngologie, séance annuelle du 23 et 24 Mai 1890. — Berkart: Die Pathologie des Heufiebers. — c) Pharyngo-laryngologische: Peltesohn: Ueber Apsithyria. — Goris: Jahresversammlung der belgischen Laryngologen und Otologen in Brüssel 1890. — Boylan: Zwei Fälle von Hypertrophie der Zungentonsille, von denen der eine ernste Symptome zeigte. — Jones: Ein Fall von Trepanation wegen Paralyse der Sprache in Folge einer Verletzung. — Peyrissac: Nervöse Aphonie „a frigore" bei einem Kinde. — Brissand: Chronische nervöse Dysphonie. — Moncorgé: Einseitige Larynxlähmungen; ihre diagnostische Bedeutung. — Luc: Beitrag zur Lehre der combinirten Larynxphthise und Larynxsyphilis. — Fränkel: Untersuchungen über die Aetiologie der Kehlkopftuberculose. — Pitts und Brook: Ueber die Verengerungen der Luftröhre und des Kehlkopfes, welche bisweilen dem Gebrauche von Tracheotomieröhren folgen, mit Bemerkungen über den augenblicklichen Stand der Frage der Intubation. — Thorner: Ein Fall von partieller Laryngectomie wegen Carcinoms des Larynx. — Gluck: Die Verhütung der Cocain-Intoxication. — Ollive: Keuchhusten, Croup, Tracheotomie, Verschlimmerung des Keuchhustens, Heilung. — Bays: Intubation des Kehlkopfes in einem Fall von Diphtherie. — Schiffers: Ueber Branchialfisteln.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, April 1891.** **No. 4.**

I. Originalien.

Stimmgabel und Stimmgabelversuche II.

Von

Prof. Dr. **Kiesselbach.**

Den in meiner vorigen Mittheilung[1]) besprochenen „physiologischen Versuchen mit Anspannung des Trommelfells" möchte ich noch den Gähnversuch anreihen. Es ist bekannt, dass bei intensivem Gähnen die Klänge der Musik, das Geräusch einer lebhaften Unterhaltung plötzlich erlöschen — in vielen Fällen wird während dieser Taubheit für äussere Töne ein intensives Klingen im Ohre gehört, welches nicht mit dem durch Vorschieben des Unterkiefers entstehenden Klirren verwechselt werden darf[2]). Man kann nun auf zweierlei Art gähnen. Contrahirt man den Tensor tympani beim Gähnen, so wird der Ton der Stimmgabel bis zum Erlöschen desselben höher gehört, und nur dann tritt in der Hörpause jenes Klingen im Ohre auf. Lässt man dagegen den Tensor in Ruhe, so wird der Ton für Luft- und Knochenleitung gleichfalls schwächer, aber nicht höher, sondern etwas tiefer. Dass gar keine oder nur eine geringe Tonerhöhung für Luft- und Knochenleitung bei Contraction des Tensor zu Stande kommt, habe ich nur dann beobachtet,

[1]) Monatsschrift f. Ohrenheilk. No. 1, 1891.
[2]) Studie über Ohrenklingen. Monatsschrift für Ohrenheilk. No. 4, 1886.

wenn entweder schon Einziehung des Trommelfells vorhanden war, oder auch in einigen Fällen nach der Luftdouche, so lange noch ein starker Ueberdruck in der Paukenhöhle vorhanden war.

Wie ich bereits bei dem Versuche mit Einpressen des kleinen Fingers in den Gehörgang bemerkt habe, gelingt es nur schwer oder gar nicht, bei dem catarrhalisch erkrankten Ohre eine Herabsetzung der Tonstärke für Knochenleitung zu erreichen; dasselbe ist bei dem Gähnversuch der Fall. Es muss also hier ein neuer Factor hinzukommen, welcher die gehörschwächende Wirkung der Anspannung des Schallleitungsapparates für die Knochenleitung ausgleicht oder sogar übercompensirt.

Die physiologischen Experimente belehren uns, dass jede Verminderung der Beweglichkeit des Schallleitungsapparates durch mechanisches Einwärtsdrängen des Trommelfells, Luftverdünnung in der Paukenhöhle, Contraction des Tensor tympani, Contraction des Musculus stapedius, eine Gehörverschlechterung für Luft- und Knochenleitung zur Folge hat. Bei Catarrhen oder Entzündungen des Mittelohres finden wir dagegen in der Regel eine Verstärkung der Perception für Knochenleitung, aber es giebt auch Ausnahmen, und es sind gerade diese Ausnahmefälle, welche berücksichtigt werden müssen, wenn man eine Erklärung dieser scheinbar entgegengesetzten Wirkungen finden will. Bisher haben sich aber fast alle Autoren nur mit der Regel beschäftigt und die Ausnahmsfälle nach dem Grundsatze: exceptio firmat regulam, gar nicht beachtet.

Es kann nicht in meiner Absicht liegen, alle bisher zur Erklärung der Verstärkung der Knochenleitung bei catarrhalischen und entzündlichen Processen aufgestellten Theorien zu besprechen, da dies zu weit führen würde. — In neuester Zeit sind zwei diametral entgegengesetzte Hypothesen aufgestellt worden. Steinbrügge glaubt, dass die Verstärkung der Perception für osteo-tympanale Leitung immer auf Hyperästhesie des Acusticus beruhe. Gradenigo[3]) hat dagegen eingewendet, dass die klinische Prüfung die Richtigkeit dieser Hypothese nicht bestätige, doch sind seine Einwürfe nicht hinreichend begründet, da er 1) ganz willkürlich annimmt, dass die Erregbarkeit des Acusticus nach dem Maasse der zur Erzeugung eines galvanischen Tones nöthigen Stromstärke zu bemessen sei, ohne dass er den Leitungswiderständen irgendwie Rechnung trägt, 2) ganz ausser Acht lässt, dass eine verbesserte Leitung für Schallwellen und eine verbesserte Leitung für den galvanischen Strom zwei recht verschiedene Dinge sein können.

Bezold stellt dagegen die Hypothese auf, dass es die Anspannung des Schallleitungsapparates sei, welche auf der einen Seite die Perception für Luftleitung verschlechtere, auf der anderen die Perception für Knochenleitung verbessere. Er begründet diese Ansicht mit folgendem Versuche: Wenn man ein mit dem Stiel einer Stimmgabel durch einen Bindfaden verbundenes Plättchen zwischen die Zähne nimmt, wird der Ton der Gabel nur dann durch Knochenleitung vernommen, wenn man den Faden anspannt.

Dass es Zustände giebt, in welchen wir eine Hyperästhesie des Acusticus annehmen müssen, ist wohl nicht zu bezweifeln; hierher gehört z. B. die Steigerung der elektrischen Erregbarkeit des Acusticus durch

[3]) Archiv f. Ohrenheilk. XXVII, pag. 1.

wiederholte Anwendung des galvanischen Stromes. Aber die Hyperästhesie ist eine verhältnissmässig seltene Erkrankungsform, und die Zahl der Fälle, in welchen ich eine Hyperästhesie des Hörnerven annehme, mindert sich in dem Maasse, als meine Kenntnisse in Bezug auf die physiologischen und physikalischen Verhältnisse des Gehörorgans zunehmen. Einige Beispiele werden am besten zeigen, warum ich mit Steinbrügge nicht übereinstimme.

1) Um mit dem einfachsten Vorgange zu beginnen, erwähne ich zunächst das Verhalten des sonst normalen Ohres beim Ohrschmalzpfropf. Liegt derselbe so, dass das Trommelfell noch schwingen kann, so ist die Knochenleitung verstärkt; drückt er stark auf das Trommelfell, so ist sie vermindert. — Die Verstärkung ist bedingt durch Resonanz (im Sinne von Resonanzraum), die Verminderung durch die Anspannung des Ringbandes.

2) Bei acuten und subacuten Catarrhen kann man oft innerhalb eines Tages sehr bedeutende Schwankungen in der Perception der Knochenleitung constatiren, „auch ohne reflectorische Reizung der acustischen Centren durch die Luftdouche". Es ist merkwürdig, dass das Gehör für die Luftleitung auf dem erkrankten Ohre schlechter ist, wenn die Knochenleitung nur auf dem kranken Ohre gehört wird, selbst wenn das gesunde Ohr mit dem Finger verschlossen wird; dass dagegen durch Luftleitung besser gehört wird, sobald durch Verschluss des anderen Gehörgangs der Ton von dem erkrankten Ohre auf das gesunde überspringt. Ich denke, dass es bei solchen Vorgängen näher liegt, an eine Veränderung in dem Verhalten der Gefässe zu denken, als an Hyperästhesie. Ich erinnere nur an das Verhalten der Gefässe in der Nase, wo man unmittelbar hintereinander den Zustand hochgradigster Schwellung mit fast normal durchgängiger Nase abwechseln sieht.

3) Es kann bei Catarrhen des Mittelohres die Perception für Knochenleitung überhaupt nicht vorhanden sein, während sie nach einmaliger Luftdouche wieder auftritt. Auch bei eitriger Mittelohrentzündung kommt dieses zeitweilige Fehlen der Perception für Knochenleitung vor: „Die Perception durch die Kopfknochen ist in der Regel erhalten, nur ausnahmsweise schwindet dieselbe vor dem Durchbruche des Trommelfells, um nach erfolgter Perforation wiederzukehren. Beim Weber'schen Versuch wird die Stimmgabel, mit seltenen Ausnahmen, auf dem afficirten Ohre vorwaltend percipirt" (Politzer). Wenn also mechanische Ursachen eine Abschwächung der Knochenleitung erzeugen können, so ist es gewiss möglich, dass durch dieselben auch eine Verstärkung der Knochenleitung zu Stande kommt.

4) Ich habe nachgewiesen, dass, wenn (bei beiderseitiger Erregbarkeit der Acustici bei Querstellung der Electroden) der galvanische Ton bei Längsstellung der Electroden nur auf einem Ohre gehört wird, man denselben durch Verschluss des Gehörgangs auch auf dem andern Ohre hörbar machen kann[4]). Bei acuten und subacuten Catarrhen wird der galvanische Ton in der Regel auf demselben Ohr gehört, auf welchem auch die Knochenleitung vorwiegend vernommen wird. Bei denselben

[4]) Galvanische Reizung des Acusticus. Pfl. Arch. XXXI, pag. 95 u. 377; auch Sitzungsber. der physik.-med. Soc. zu Erlangen, 21. Mai 1888.

Individuen kommt es aber zu anderer Zeit vor, dass die Hörschärfe beider Ohren gleich ist, die Stimmgabel vom Scheitel auf beiden Ohren gleich stark gehört wird, dass dagegen der galvanische Ton (bei noch vorhandener galvanischer Erregbarkeit beider Acustici) bei Längsstellung der Electroden ebenfalls nur auf dem früher stärker erkrankten Ohre gehört wird. Ich möchte hier annehmen, dass dieses verschiedene Verhalten gegen Electricität und Knochenleitung darauf beruht, dass eine bessere Leitungsfähigkeit für den galvanischen Strom fortbesteht, während die Bedingungen für eine Verstärkung der Knochenleitung nicht mehr vorhanden sind. Ich habe wiederholt beobachtet, dass Recidive auf der Seite, welcher die Verstärkung des galvanischen Tones entspricht, leichter und stärker auftreten, als auf der anderen Seite. Dass andererseits auch Fälle vorkommen, in welchen die Bedingungen für Verstärkung der Knochenleitung gegeben sind, während die Leitungswiderstände für den galvanischen Strom so beträchtliche sind, dass eine Tonempfindung nicht ausgelöst werden kann, versteht sich von selbst.

5) Bei einseitiger Facialislähmung wird, wenn der Musculus stapedius gelähmt ist, die Stimmgabel vom Scheitel nach der erkrankten Seite gehört.

6) In allen Fällen von reiner Sclerose, bei welchen das Trommelfell von normalem Aussehen und die Tuben gut durchgängig waren, war beim Weber'schen Versuch, sobald überhaupt einigermaassen erhebliche Differenz der Hörschärfe beider Ohren bestand, die Knochenleitung auf dem besser hörenden Ohre stärker.

* * *

Das Bezold'sche Experiment ist zwar richtig, aber seine Anwendung auf die Ueberleitung eines Tones vom Schallleitungsapparate auf das Labyrinth beruht auf unrichtigen Voraussetzungen. Ringband und Steigbügel sind ja nicht dazu vorhanden, um einen Ton überzuleiten, sondern um durch eigene Schwingungen auf die Labyrinthgebilde einzuwirken. Das Ringband wird also seine Functionen um so besser erfüllen können, je freier es schwingen kann; es wird behindert durch jede Anspannung, und zwar gilt dies für alle auf dasselbe fortgeleiteten Schwingungen, von welcher Seite dieselben auch das Ringband treffen mögen. Man kann die Richtigkeit dieser Ansicht leicht durch das Experiment beweisen.

Man sägt in der Mitte eines dünnen Brettchens ein rundes Loch aus und leimt über das Loch eine möglichst dünne, mässig gespannte Gummimembran — oder man leimt eine solche Membran über das eine Ende eines Röhrchens von Tannenholz. Setzt man nun das (ebene!) Ende des Stiels einer angeschlagenen Stimmgabel auf die Membran auf, und beobachtet die Stärke des Tones von der entgegengesetzten Seite, oder indem man ein Otoscopende auf Brettchen oder Röhrchen aufsetzt, so hört man den Stimmgabelton am lautesten, wenn die Membran eben berührt wird; er wird schwächer, wenn die Membran durch Andrücken der Gabel gespannt wird. Setzt man umgekehrt den Stiel der Gabel auf das Brettchen oder Röhrchen auf und beobachtet die Stärke des Tons mit dem auf die Membran gesetzten Otoscop — statt des einen Otoscopendes

kann man auch ein undurchbohrtes Stückchen Holz, z. B. Bleistift, einsetzen —, so ist wieder der Ton am stärksten, wenn das Otoscopende die Membran eben berührt; er wird schwächer, wenn man die Membran mit dem Otoscopende spannt. Sobald man aber das Brettchen oder Röhrchen im ersten Falle mit der Stimmgabel, im zweiten Falle mit dem Otoscopende verbindet, am einfachsten durch einen Finger der haltenden Hand, so erklingt der Ton sofort wieder so laut oder noch lauter, als bei leichter Berührung der Membran.

Wie mir scheint, lassen sich die Resultate dieses Versuchs ohne Weiteres auf das erkrankte Ohr übertragen. Druck auf die Membran vermindert ihre Schwingungsfähigkeit, es wird daher der Ton auch für Knochenleitung schwächer. Bei dem entzündeten oder catarrhalisch erkrankten Ohre wird aber durch die Anschwellung der Schleimhaut eine Vermehrung der schwingenden Massen herbeigeführt, und hier muss die Wirkung für Luft- und Knochenleitung die entgegengesetzte sein. Während die Vermehrung der Massen den ohnehin schon in seiner Wirksamkeit behinderten Schallleitungsapparat noch mehr hemmt, ist der Knochenleitung ein breiterer Weg geschaffen, der sie befähigt, das durch die Anspannung der Membran gesetzte Hinderniss auszugleichen oder sogar zu übercompensiren. Wir haben es also bei der Knochenleitung mit zwei entgegengesetzt wirkenden Kräften zu thun: Sind die Hindernisse im Schallleitungsapparate das Ueberwiegende, so hören wir den Ton auch durch Knochenleitung schwächer; wiegt die Verbesserung der Leitung, die Vermehrung der schwingenden Masse vor (Resonanz im Sinne von Resonanzboden), so hören wir durch Knochenleitung stärker. Folglich wird bei Schwellungszuständen der Ton in der Regel auf dem schlechteren Ohre gehört, bei Hindernissen im Schallleitungsapparat ohne Schwellung (Sclerose) wird der Ton auf dem besseren Ohre gehört. Es erübrigt, die Verhältnisse bei Lähmung des Musc. stapedius zu betrachten, denn hier haben wir es mit Einziehung des Trommelfells zu thun, also mit vermehrtem Druck auf den Steigbügel; Schwellung ist nicht vorhanden, und doch wird der Ton vom Scheitel nach dem erkrankten Ohre gehört. Bedenken wir aber, dass im normalen Zustande durch die Elasticität des Muskels das Ringband immer in Spannung erhalten wird, während diese Spannung nach Lähmung des Muskels aufhört, so ist es klar, dass das Ringband in Folge der Lähmung trotz Einziehung des Hammergriffs schlaffer sein kann, als im normalen Ohre, und dass daher der Stimmgabelton, wie das physicalische Experiment beweist, vom Scheitel aus stärker gehört werden muss.

Wir haben also gefunden:

1) dass beim normalen Ohre jedes Hinderniss für die Beweglichkeit des Schallleitungsapparates, sobald dasselbe Steigbügel und Ringband mitbetrifft, eine Herabsetzung der Hörschärfe für Luft- und Knochenleitung bewirkt;

2) die Ursachen einer einseitigen Perception der Knochenleitung bei Mittelohrerkrankungen sind nicht immer dieselben:

a) bei Schwellungszuständen wird der Ton in der Regel auf dem schlechteren Ohre gehört, weil die Bedingungen für eine Fortleitung des Tons auf die Membran des ovalen Fensters und den

Steigbügel — auch bei vorhandener Einziehung — günstigere sind, als beim normalen Ohre.

b) Erschlaffung des Ringbandes, z. B. durch Lähmung des Stapedius, ermöglicht — trotz vorhandener Einziehung — stärkere Excursionen des Ringbandes und in Folge dessen ist die Perception der Knochenleitung auf dem erkrankten Ohr stärker.

c) Sind weder Schwellungszustände vorhanden, noch auch Erschlaffung des Ringbandes, so wird der Stimmgabelton auch vom Scheitel aus selbstverständlich vorwiegend auf dem auch für Luftleitung besseren Ohre gehört.

Nachtrag.

In Anbetracht der Wichtigkeit, welche die richtige Erklärung für die Verstärkung der Knochenleitung in kranken Ohren hat, möchte ich noch die Construction des Apparates andeuten, mit welchem ich die Verhältnisse des Ohres nachzuahmen versuchte. Ein 1,5 Ctm. weites, 6 Ctm. langes Holzröhrchen ist an einem Ende mit einer mässig straff gespannten, dünnen Gummimembran (Condom) verschlossen. In der Längsaxe des Holzröhrchens wird das verschiebbare Ende eines Otoscops angebracht, natürlich in der Weise, dass die Schallleitung zwischen Otoscopende und Unterlage oder Halter möglichst aufgehoben ist. Bringt man nun das andere Otoscopende in den Gehörgang, setzt am unverschlossenen Ende des Holzröhrchens eine angeschlagene Stimmgabel auf und drückt mit einem in ein kurzes Gummiröhrchen zum Theil eingeschobenen Stückchen Bleistift auf die Membran, so ist es leicht, zu constatiren, dass mit zunehmendem Drucke die Stärke des Tones der Membran abnimmt, sowie dass der Ton wieder stärker wird, sobald die Leitung zwischen dem Holzröhrchen und dem Bleistiftende durch Verbindung beider mit einem Finger verbessert, oder auf beliebige andere Art eine Vermehrung der schwingenden Masse zu Stande gebracht wird. — Die Verstärkung der Knochenleitung muss p. p. schon eintreten, wenn auch nur die Schleimhaut in der Nische des ovalen Fensters verdickt ist. Setzt man nämlich das eine Ende eines Holzstäbchens auf die Stirn, auf das andere Ende die angeschlagene Stimmgabel, so wird der Ton verstärkt, sobald man ein kürzeres Stäbchen neben das erstere anlegt, so dass das kürzere Stäbchen mit dem längeren und der Stirnhaut, aber nicht mit der Gabel in Berührung steht.

Eine neue im Munde vorgefundene Bacterie.

Mitgetheilt in der med. Gesellschaft in Kopenhagen am 11. November 1890.

Von

Dr. **E. Schmiegelow.**

M. H.! Die vorliegenden Versuche sind in dem Kopenhagener Universitäts-Laboratorium für medicinische Bacteriologie, dessen Vorsteher, Herrn Dr. C. J. Salomonsen, ich meinen besten Dank ausspreche, vorgenommen.

Die Bacterie, die ich beschreiben werde, fand ich auf folgende Weise: Am 15. Febr. 1889 wurde ich von einem 13jährigen Mädchen consultirt, welches vor 2 Monaten entdeckt hatte, dass beide Tonsillen

mit einer gelbweissen Masse bedeckt waren, die in erbsengrosse, champignonähnliche Formen über beide Tonsillen verbreitet war; ähnliche Vegetationen wurden auf dem hinteren Gaumenbogen und der Schlundwand vorgefunden. Sie sassen ausserordentlich fest, liessen sich mit der Pincette schwer lösen, wurden aber mit dem scharfen Löffel leicht entfernt. Sie waren unmittelbar nach einer Angina entstanden und verursachten keine subjectiven Symptome, nur einige Trockenheit. Kurz gesagt: es drehte sich um einen sogenannten Pharyngomykosis leptothricia, oder wie Jacobson[1]) ihn benennt: Algosis faucium leptothricia, weil de Bary und Brefeld Leptothrix zu den Algen zählt. B. Fränkel[2]) nannte ihn Mykosis tonsillaris benigna, als er 1873 die Krankheit beschrieb.

Ich bekam Lust, einige bacteriologische Untersuchungen dieser Tonsilmassen vorzunehmen, die sich microscopisch als aus einer Menge von Leptothrixfäden und Detritusmassen, Epithel etc. bestehend zeigten, obgleich ich wusste, dass frühere Untersucher vergebens versucht hatten, Leptothrix zu cultiviren, ein Begriff, welcher, in Parenthese bemerkt, sicher nicht über einen einzelnen, selbständigen Microb deckt, sondern eher ein Sammelname für verschiedene kettenartige Stabbacterien, die in der Mundhöhle vorkommen, ist.

Meine Culturversuche machte ich auf folgende Weise: Mit sterilisirtem, scharfen Löffel wurden die Tonsilmassen entfernt und in sterilem Wasser aufgeschlemmt, darin umgeschüttelt, und hiervon wurde das Aussäen in der Agar-Gelatine vorgenommen. Bei 37° entwickelten sich zahlreiche Culturen, wovon ganz einzelne ein fädiges, flockenartiges Aussehen hatten, und unter dem Microscope sich als aus einer stabförmigen Bacterie, die in lange zusammenhängende Faden auswuchs, bestehend zeigten. Sie wurde nun auf Agargelatine reincultivirt, und ihr Entwickelungsverhältniss wurde noch weiter in Peptongelatine, Glycerin, Agar, alkalischem und saurem Fleischextract und auf Kartoffeln versucht. Sie wächst Anfangs in langen, gegliederten Fäden, welche Sporen (Endosporen) setzen. Von Agargelatine auf alkalischer Bouillon bei 37° cultivirt, entwickelt sich im Laufe von 24 Stunden eine ausserordentlich reichliche, flockige oder Baumwolle ähnliche Cultur, die sowohl macro- wie microscopisch an Milzbrand erinnerte. Sie wächst am schnellsten bei 37°; bei gewöhnlicher Stubenwärme (15°) wächst sie nur langsam. Sie wächst sowohl in alkalischer, als in saurer Bouillon, aber etwas schneller in der ersteren. Oberflächeculturen auf Agargelatine haben ein weisslich opaques, porzellanartiges Aussehen und einen starken Glanz, der an Stearin erinnert. Stichimpfungen auf Agargelatine gaben reichliche Culturen auf der Oberfläche und ziemlich reichliche Cultur längs dem Stichcanale, doch so, dass die Cultur in den tieferen Abschnitten des Kanals an Kraft abnimmt. Stichculturen in Peptongelatine entwickeln sich bei Stubenwärme langsam mit knopfförmigen, convex, porzellanartig glänzenden Oberflächeculturen, welche die Gelatine nicht schmelzen. Ich habe eine Gelatinencultur ein Jahr aufbewahrt, ohne dass die Gelatine geschmolzen. Auf Kartoffeln wächst sie recht gut bei

[1]) Jacobson, Volkm. kl. Vortr. No. 317, 1888.
[2]) B. Fränkel, Berl. kl. Wochenschr. 1873, pag. 94.

37°, hat aber bei Stubenwärme, mit Milzbrand verglichen, eine sehr langsame Entwickelung.

In anatomischer Beziehung wird bemerkt, dass sie in Bouillon in lange, gegliederte Fäden auswächst, dessen einzelne Glieder eine Länge von 1—3 μ haben, die Dicke ist 1 μ. In ein paar Tage alten Culturen fallen die Glieder auseinander und die einzelnen Stäbchen enthalten glänzende Sporen. In 18 Tage alten Bouilloncultureu variirt die Länge der Stäbchen von 2—7 μ, und können ähnliche sonderbare Formen aufweisen, wie die Milzbrandstäbchen, die an einem Ende kolbenförmig aufgeschwollen, am andern zugespitzt sein können u. s. w. Die Stäbchen werden leicht in Anilinfarben und nach der Gram'schen Methode gefärbt.

Die Bacterie ist ausserordentlich pathogen und tödtet constant Mäuse und Kaninchen, Ratten weniger constant; Hühner und Tauben dagegen scheinen refractär zu sein. Frische alkalische Bouilloncultur, unter die Haut eingespritzt, tödtet weisse Mäuse im Laufe von vierundzwanzig Stunden. Der pathologisch-anatomische Befund ist ein bedeutendes subcutanes Oedem in der Umgebung der Impfstelle, Leber und Milz sind vergrössert, mit Blut überfüllt und schlaff, die Därme von Luft aufgebläht; im Milzpulpablut, Leber, Nieren und Lunge finden sich zahlreiche Stäbchen, deren Menge, besonders in den Lungen- und Lebercapillaren, so bedeutend ist, dass die Capillaren ganz von denselben injicirt sind. Impfungen mit dem Herzblut einer inficirten Maus tödten andere Mäuse eben so schnell, wie frische Bouilloncultureu, und ebenso erhält man schöne Reinculturen der Bacille, indem man Bouillon mit dem Herzblute impft und in einem Thermostat bei 37° hinstellt. — Die Virulenz scheint nicht durch Umimpfung auf Bouillon oder Durchgang durch mehrere Mäuse verändert zu werden. Sporenhaltige Agargelatine- und Bouilloncultureu können mehrere Monate in gewöhnlicher Stubentemperatur aufbewahrt werden, ohne sonderlich an Virulenz zu verlieren, doch wird diese nach zu langem Hinstehen geschwächt, und eine weisse Maus, die mit einer 6 Monate alten Bouilloncultur geimpft wurde, starb erst nach dem Verlaufe von 7 Tagen. Durch Impfung mit dem Herzblute dieser Maus wurde eine frische Bouilloncultur gemacht, welche eine Maus im Laufe von 2 Tagen tödtete. Im Vergleich mit dem Sectionsfunde bei den stark virulenten Culturen findet man bei denjenigen Thieren, welche durch schwächere Culturen getödtet sind, dass das subcutane Oedem viel mehr ausgebreitet ist.

Die Wirkung bei den weissen Ratten ist viel mehr inconstant. Eine weisse Ratte, mit einer 15 Tage alten Bouilloncultur geimpft, starb nach 3 Tagen und hatte starkes Oedem der Impfstelle, aber weder im Blut, noch in den Organen konnten deutliche Stäbchen nachgewiesen werden, und Culturversuche mit Herzblut und Impfödem auf Agar und Bouillon gaben auch kein positives Resultat. Wurde danach eine weisse Maus mit derselben 15 Tage alten Bouilloncultur geimpft, starb sie nach 24 Stunden, und wurde darnach ein Stück ihrer Lunge der Ratte eingeimpft, starb diese 4 Tage danach, und von ihrem Herzblute konnte man alsdann in alkalischer Bouillon typische Reinculturen des *Bacillus* erhalten. Wenn die Culturen über ein halbes Jahr alt waren, konnten die Ratten ihnen widerstehen, und dasselbe war der Fall, selbst wenn die Culturen eine Maus passirt hatten.

Eintrocknen des Bacillus schwächt nicht seine Virulenz,im Gegentheil, getrocknete Seidenfäden, die mit sporenhaltigen Culturen gesättigt sind und unter die Haut einer Maus eingeführt, tödten diese sehr schnell (in weniger als 20 Stunden).

Kaninchen werden von Bouilloncultureu in 3 Tagen getödtet.

Hühner und Tauben scheinen refractär zu sein. Ich habe indessen nur Versuche mit einem Huhne und einer Taube gemacht, unter deren Haut eine reichliche Menge stark virulenter Bouilloncultur eingespritzt wurde, aber beide Thiere überlebten den Versuch.

Die Kartoffelculturen weisen auch einen Unterschied auf, denn während dieser Bacillus bei 22° auf Kartoffeln sehr langsam wächst, wächst der Milzbrandbacillus sehr schnell und zeigt schon nach einigen Tagen eine reichliche, dicke, mehlartige Cultur von weisslicher Farbe.

Wegen der bedeutenden Aehnlichkeit zwischen den beiden Bacillen erlaube ich mir vorzuschlagen, dass der vorliegende Bacillus: Bacillus anthracoides buccalis genannt wird.

14 Tage, nachdem ich durch Aussäung von Tonsillmassen in Azurgelatine den Bacill isolirt hatte, versuchte ich ein paar Mal direct von den Tonsilmassen zu impfen, indem ich diese unter die Haut einer Maus einführte, aber erreichte keine Reincultur der Bacillen, indem die Mäuse wohl nach ca. 4 Tagen mit septicämischen Anzeichen starben, aber ohne Oedem der Impfstelle und ohne dass Stäbchen im Blute und in den Organen vorhanden waren.

Wie man sehen wird, ist dieser Bacillus sowohl in der Art seines Wachsthums, wie in Aussehen und Virulenz dem Milzbrandbacillus sehr ähnlich. Er tödtet, wie der Milzbrandbacillus, mit grosser Sicherheit Mäuse und Kaninchen, wogegen die Wirkung auf Ratten für beide Bacillen gleich inconstant ist[1]). Was seinen Einfluss auf Tauben betrifft, hat Lubarsch[2]) in Betreff des Milzbrandes gezeigt, dass Tauben ohne Ausnahme sterben, wenn die Dosis nur gross genug ist. Im Zusammenhange hiermit bemerke man, dass eine frische, stark virulente Bouilloncultur des vorliegenden Bacillus, in reichlicher Menge unter die Haut einer Taube eingespritzt, nicht im Stande war, dieselbe zu tödten. Ein anderer, und mehr auffälliger Unterschied zwischen den beiden Bacillen liegt in der Art, wie sie auf Gelatine wachsen, denn während der Milzbrandbacillus die Gelatine schmilzt, wächst der vorliegende Bacillus Monate lang auf der Gelatine, ohne sie zu schmelzen.

Ich betrachte das Erscheinen dieses Bacillus bei meiner Patientin als ganz zufällig, und es hat nichts Besonderes mit der Tonsillarmycose, woran sie litt, zu thun, um so mehr, als ich in einem andern, ganz ähnlichen Falle, den ich am 22. Juni 1890 behandelte, vergebens versuchte, durch Culturen denselben Bacillus herzustellen; ich erhielt nur Culturen, die aus kettenbildenden Coccen bestanden.

---

[1]) Siehe Macé: Traité practique de bacteriologie. Paris 1889. Pag. 394 u. flgd., und Metchnikoff. Le charbon des rats blancs. Annal. de l'Inst. Pasteur 1890. Pag. 193 u. flgd.

[2]) Lubarsch, siehe Metchnikoff: Annal. de l'Inst. Pasteur, 1890. Pag. 210.

Ich habe vergebens in Rasmussen's[1]), Vignal's[2]), Biondi's[3]) und Miller's[4]) Arbeiten über die Bacterien der Mundhöhle nach analogen Formen gesucht und benutze deshalb die Gelegenheit, diese Versuche heute Abend hier vorzulegen, wie ich Sie, meine Herren, auch schliesslich auf einige vorgelegte Präparate aufmerksam mache, welche theils Reinculturen vorstellen, theils Schnitte durch Organe von Thieren, welche von Bacillus anthracoides buccalis getödtet sind.

Pathologisch-Anatomisches über Rhinitis acuta speciell Influenza-Rhinitis.

Von

Dr. **Hermann Suchannek**, Privatdocent in Zürich.

So häufig die acute Entzündung der Nasenschleimhaut in ihrer gewöhnlichsten Form, der gemeinen Coryza, zur Beobachtung gelangt, so spärlich sind bis jetzt die microscopischen Befunde eingelaufen, beschränken sie sich doch fast nur auf die Beschaffenheit der beim Schnupfen entleerten Secrete. Um zur Ausfüllung dieser Lücke wenigstens Einiges beizutragen, untersuchte ich die Nasenhöhlen einer Anzahl hier zur Section gelangender jugendlicher und erwachsener Individuen. Das Material umfasst Fälle von Coryza morbillosa, Rhinitis acuta, wie sie eine gleichzeitig bestehende Pharyngo-Laryngitis crouposa oder diphtheritica begleiten, und endlich einen typischen Fall von Influenza-Rhinitis[5]).

Macroscopisch erscheint bei allen diesen Individuen die Nasenschleimhaut mehr minder diffus geröthet und das Pigment der Reg. olf. in Folge dessen verdeckt. — In frischen Fällen kann diese carmoisinrothe Färbung bei trockener Beschaffenheit der Oberfläche das einzige Symptom sein, und eine Anschwellung, die zugleich mit seröser Durchfeuchtung Hand in Hand geht, tritt erst in einem, der Hyperämie freilich sich relativ schnell anschliessenden vorgeschritteneren Krankheitsstadium auf. Allerdings ist diese Intumescenz in der Reg. olf. viel weniger auffallend, weil hier die Schleimhaut — und zwar vorzüglich durch die eingescheideten Olfactoriusfasern (namentlich im Bereich des Nasendachs, der oberen Muschel und, wenn auch in geringerem Grade, am Septum) straff an die knöcherne Unterlage fixirt ist, während sich die Weichtheile an der unteren und mittleren Muschel viel leichter ablösen lassen[6]).

---

[1]) A. Fr. Rasmussen: Om Dyrkning af Microorganismer fra Spyt af sunde Mennesker. Kjöbenhavn 1883.

[2]) Vignal: Recherches sur les microorganismes de la bouche. Archives de physiologie 1886.

[3]) Biondi: Die pathogenen Microorganismen des Speichels. Zeitschr. f. Hyg., II. Band, 1887, pag. 194.

[4]) Miller: Die Microorganismen der Mundhöhle. Leipzig 1889.

[5]) 32jähr. Mann, Hufschmied, im hies. Cantonspital (Prof. Eichhorst) behandelt und an Bronchopneumonie verstorben.

[6]) Herzfeld hat bereits (Arch. f. microscop. Anat.) auf die leichtere Ablösbarkeit der unteren Muschelschleimhaut aufmerksam gemacht. Ich habe mich gleichfalls von diesem Factum schon seit 2 Jahren überzeugt.

Trotzdem ist die ödematöse Durchtränkung auch der Reg. olf. an gelungenen Schnittpräparaten unverkennbar. — An der mittleren, mehr noch an der unteren Muschel ist die luftkissenartige Schwellung schon macroscopisch deutlich, ein Ausdruck der gleichzeitig bestehenden Erschlaffung der Gefässwände in dem stark gefüllten Kohlrausch'schen Venenplexus. — Das je nach den verschiedenen Krankheitsstadien quantitativ und qualitativ verschiedene Secret enthält ausser abgestossenen Flimmer- und Cylinderzellen auch zahlreiche Mucigen oder Mucin einschliessende Becherzellen, ferner Uebergangs- und Plattenepithelien [1]), rothe Blutkörperchen und Eiterkörperchen verschiedenster Formen, Schleim, Serum und eine Unmasse Bacterien [2]).

Die frische Untersuchung kleiner, mittelst der gebogenen Scheere von verschiedenen Stellen der Mucosa entnommener Stücke (theils Zerzupfung in 0,6procentiger Cl Na-Lösung, theils Gefrierschnitte) ergab starke Hyperämie des Gewebes, Infiltration mit Albuminserum, Erweiterung der Drüsenausführungsgänge und Abstossung des theilweise verschleimten Oberflächenepithels. — Nur in einem besonders heftig aufgetretenen Falle (Influenza) war eine noch weiter zu besprechende Anomalie der Drüsenzellen bemerkbar. — Die zur Controle einer zuverlässigen Härtungsmethode [3]) unterworfenen, ca. 1 Ctm. grossen Schleimhautstücke wurden dem bereits vollkommen in toto gehärteten Siebbein und den unteren Muscheln entnommen (cf. meine Methode im Arch. f. wissensch. Microscop. Bd. XXXVI, pag. 325 ff.). Auch vom Nasenhöhlenboden und den verschiedenen Theilen des Septum wurden Stücke — sämmtlich genau registrirt, eingelegt. Im Ganzen waren es jedes Mal 10—12 verschiedene Stellen, die zur Untersuchung gelangten. — Die Einschmelzung fand in Celloidin oder Paraffin statt. Die zeitraubenden Proceduren der Untersuchung werden es sonach erklärlich erscheinen lassen, dass ich erst ein volles Jahr nach Beginn dieser Arbeit zu einem Abschluss gelangt bin.

Das Resultat war nun folgendes:

In denjenigen Fällen, in denen macroscopisch nur eine Hyperämie ohne Schwellung vorlag, erwies sich auch microscopisch das Gewebe bis auf das strotzend gefüllte Gefässsystem nicht wesentlich verändert. Vielleicht dürfte man hier und da die Leucocytenemigration durch's Epithel als nicht mehr der Norm entsprechend ansehen, auch konnten die stellenweise erweiterten und mit Mucin oder Mucigen gefüllten Drüsenausfüh-

---

[1]) Die Uebergangs- und Plattenzellen stammen nicht nur vom Nasenboden resp. dem Introitus narium her, sondern auch von verschiedenen Stellen der Reg. respir., ja selbst des Reg. olf., denn überall kommen gelegentlich unter dem Einfluss äusserer Reize (gewerblicher Einflüsse) und chronischer Catarrhe inselförmige Epithelmetaplasien vor.

[2]) Die Schleimhaut der Nebenhöhlen, speciell der Kieferhöhle, erschien bald unverändert, bald hyperämisch in dem Fall von Infl.-Rhinitis oedematös.

[3]) Als eine solche hat sich mir diejenige mittelst 6—7procentiger warmer Sublimatlösung am meisten bewährt. Nach ½—3stündigem Aufenthalt daselbst gelangen die Präparate in Alcohol von steigender Concentration, bis ein Zusatz einiger Tropfen Jodtinctur zur Flüssigkeit sich innerhalb 24—48 Stunden nicht mehr entfärbt. Diese Methode ist kostspielig, zeitraubend und umständlich, hat mir aber bisher von allen anderen die besten Resultate gegeben.

rungsgänge den Untersucher veranlassen, die betreffenden Stellen als bereits krankhaft veränderte anzusehen — es stehen indess gerade diese Erscheinungen und neben ihnen die in kleinen circumscripten Herden auftretende Umwandlung des Oberflächen- und Drüsenepithels in Serum (resp. Mucigen) oder Mucin enthaltende Becherzellen so sehr auf der Grenze dessen, was man noch physiologisch nennen muss, dass man derartigen, mehr sporadisch auftretenden Anomalien keine grosse Bedeutung beizumessen braucht[1]).

War bereits macroscopisch neben der Hyperämie eine Intumescenz an der Schleimhaut bemerkbar, so erschienen auch microscopisch die Maschen des adenoiden Netzes ausgedehnt und mit serösem Secret gefüllt. Zugleich zeigte das Oberflächenepithel Neigung zur Desquamation. — Die microscopische Ausbeute war nach alledem nicht gerade gross zu nennen. Interessanter gestaltete sie sich für den Fall von Influenza. Die Leiche des 32jähr. Mannes, der an Bronchopneumonie zu Grunde gegangen war, hatte sich bei der herrschenden Januarkälte (1890) vortrefflich conservirt. Die gesammte Mucosa narium war hochroth, geschwollen und mit schleimig-eitrigem Secret bedeckt. Die frische Untersuchung ergab sehr starke Füllung sämmtlicher Gefässräume, Austritt von Blut in die Tunic. propria und durch's Epithel, Oedem des adenoiden Lagers, Abstossung und Verschleimung des Oberflächenepithels in sehr ausgedehntem Grade und albuminöse, z. Th. fettige Degeneration der Drüsenepithelien. Auch schienen die letzteren vielfach in ihrer Form verändert zu sein und sich in lebhafter Desquamation zu befinden.

Da mir indess die in nicht so grosser Anzahl angelegten frischen Präparate von nicht hinreichender Beweiskraft zu sein schienen, so habe ich noch eine grosse Menge (meist Serien) Celloidin- und Paraffinpräparate hergestellt. Hierbei ergab es sich, dass ich zwischen acuten und chronischen Veränderungen strenge zu unterscheiden hatte, ein Ereigniss, auf das man übrigens bei allen ähnlichen Eventualitäten gefasst sein muss, sind doch die wenigsten civilisirten Menschen mit einer normalen Nasenschleimhaut ausgestattet. Auf der Basis chronisch entzündlicher oder irritativer Vorgänge beruhte die Bildung von bindegewebigen Strängen in der Pars respiratoria an der unteren und mittleren Muschel, am Nasenboden und Septum, durch die stellenweise sowohl die Drüsen, als das adenoide Gewebe verdrängt waren, ferner die Metaplasie des normaliter vorhandenen Flimmerepithels in Cylinder-, Uebergangs- und Plattenepithel. Als acute Vorgänge aber musste ich die Hyperämie und das Oedem bezeichnen. Nicht nur die Schwellkörper waren prall gefüllt

---

[1]) Entscheidend ist überhaupt bei Urtheilen über diffuse Affectionen der Nasenschleimhaut nie eine Untersuchung, bei der 2—3 Stellen der Reg. resp. oder olf. auf einigen Schnitten untersucht werden. Der Nasenschleimhaut ist die inselförmige Verbreitung pathologischer Veränderungen (Epithelmetaplasien, Veränderungen der Tunica propr.) in ganz exquisitem Falle eigen, wobei die macroscopisch sichtbaren Veränderungen keineswegs immer mit den microscopischen übereinstimmen. Diese namentlich für die richtige Würdigung chronischer Rhinitiden und der Ozaena wichtigen Momente erheischen die minutiöseste Untersuchung einer grösseren Anzahl verschiedenen Stellen der Nasenhöhle entnommener Stückchen, und zwar mittelst der Celloidin- resp. noch besser mittelst der Paraffinmethode (Serienschnitte!).

— auch sämmtliche Capillaren waren, stellenweise das Epithel der Mucosa vorbuchtend, ausgedehnt und mit rothen Blutkörperchen vollgepfropft. In den grösseren Bluträumen der unteren Muschel und Venen der Reg. olf. waren vielfach grössere Conglomerate von Blutplättchen deutlich nachweisbar[1]). Mit der Weigert'schen Fibrinmethode wurde ein relativ hoher Faserstoffgehalt des Blutes constatirt. — Die Folge der vasculären Hyperämie waren Zerreissungen der Capillaren und Blutextravasate, die sich durch zweckmässige Doppelfärbung (Hämatoxylin mit Eosin, Orange oder Kongo combinirt) ganz vortrefflich und distinct markirten; aber auch per diapedesin sah man sowohl an der unteren Muschel, als in der Reg. olf. rothe Blutkörperchen durch's Oberflächenepithel hindurchschlüpfen. Auch die Leucocytenemigration durch's Epithel war eine regere. — Das Oedem der Tunica propria, die Durchtränkung der Gewebsmassen mit einem eiweisshaltigen Secret wurde als solche durch die positive Reaction auf saure Anilinfarbstoffe und das Ausbleiben der für Schleimbildung zutreffenden Färbung mit Delafield's Hämatoxylin und dem von Hoyer empfohlenen Anilinfarbstoff Thionin characterisirt; sie gestattete ausserdem eine sehr gute Differenzirung der einzelnen Bestandtheile des adenoiden Gewebes, der fixen Bindegewebszellen und eingestreuten Leucocyten. — Bemerkt muss werden, dass auch das Oedem keineswegs gleichmässig an allen untersuchten Stellen sichtbar war, dass es vielmehr inselförmig auftrat und an einzelnen Parthien ganz fehlte, an anderen durch starke Proliferation des lymphoiden Lagers verdeckt wurde.

An den Verzweigungen des Trigeminus und Olfactorius war nichts besonders Abweichendes wahrnehmbar, nur schienen mir hier und da die die Olfactoriusfasern umgebenden Lymphräume dilatirt zu sein. — Das Oberflächenepithel war vielfach in Abstossung und Verschleimung begriffen. Der gleiche Process traf für eine Anzahl von Drüsen zu — nur dass hier die Desquamation die Verschleimung übertraf. Uebereinstimmend zeigten sowohl Celloidin- als Paraffinpräparate die lebhafte Ablösung der Drüsenzellen und die an vielen Stellen offenbar eingetretene Regeneration. Allerdings wird man in allen solchen, nicht unmittelbar p. mortem zur Section kommenden Fällen den Nachweis der Kerntheilungsfiguren schmerzlich vermissen, indess, wir dürfen doch nicht vergessen, dass wir nicht allein auf dies Beweismittel für regenerative Vorgänge angewiesen sind und dass man schon vor Flemming's bahnbrechenden Arbeiten von sicher regenerirtem Epithel, Bindegewebe, Gefässen und Nerven reden durfte. — Bei dieser für acute Influenzarhinitis so characteristischen Desquamation des Drüsenepithels möchte ich noch auf einen wichtigen Punkt hinweisen. Es war mir schon lange an Paraffinpräparaten aufgefallen, dass die Drüsenepithelien in Folge der

[1]) Herr Prof. Klebs, der dazumal der Aetiologie der Influenza besondere Aufmerksamkeit zuwendete, ersuchte mich um Durchsicht meiner Präparate und sah in diesen Blutplättchenconglomeraten den Ausdruck thrombotischer Vorgänge. Ich habe keine Veranlassung, die Berechtigung dieser Anschauung kritisch zu verfolgen, halte mich aber im Interesse der Wahrheit für verpflichtet, mitzutheilen, dass ich mit Hilfe der Sublimatfixation auch bei einer Reihe von anderen Individuen, deren Todesursache äusserst verschieden war, dieselben Bilder erhielt, und dass ich diese Blutplättchensammlungen selbst in den Gefässen der Nasenschleimhaut gesunder Thiere nicht vermisste.

bei dieser Methode nun einmal trotz aller Vorsichtsmaassregeln nicht zu vermeidenden Schrumpfungsprocesse sich gern an ihrer Basis abheben. — Dieses Abheben findet aber immer in continuo an einer mehr oder minder ausgedehnten Stelle, selten in der ganzen Circumferenz des Drüsentubulus statt, und zwar so, dass die Epithelien mit ihren Seitenflächen bei einander bleiben, auch ihre Form nicht verändern. Im vorliegenden Falle trennten sich die normaliter cylindrischen oder kleinkubischen Epithelien von einander, veränderten ihre Form, wurden mehr rundlich und füllten in diesem Zustand das Lumen der Drüsen aus. An vielen Stellen war das Drüsenlumen mit Zellen noch vollgepfropft, während sich die Drüsenwand schon wieder mit einem Kranz neuer, wohlgebildeter Epithelien besetzt zeigte, anderswo waren die Drüsentubuli von normalen nicht mehr zu unterscheiden und jede Desquamation fehlte (regenerirte oder intact gebliebene Tubuli). Die Regeneration der Drüsenzellen bei acuter Rhinitis scheint somit in derselben Schnelligkeit zu erfolgen, wie wir das in der Niere bei Scarlatinanephritis zu sehen gewöhnt sind. — In der Reg. olf. waren die Drüsenveränderungen intensiver ausgeprägt, was mit Hinblick auf die oben berührte Differenz im anatomischen Bau gegenüber der Reg. respirat. nicht auffallen darf. — Die Reg. olf. wird durch acut auf sie einstürmende Circulationsstörungen und gewebliche Veränderungen momentan schwerer zu leiden haben, weil sie nicht durch vicariirende Ausdehnung des auf der knöchernen Unterlage lockerer befestigten Gewebes, wie wir es an der unteren Muschel antreffen, sich den genannten Störungen in gewissem Grade adaptiren kann.

Fall von Pharyngitis fibrinosa chronica*)

(mit 2jähriger Dauer).

Von

Dr. **A. Onodi**, Docent in Budapest.

Ein Mediciner F. T., 30 Jahre alt, hat gegen Ende des Jahres 1888 beobachtet, dass er Pseudomembranen ausspuckt, und bei dieser Gelegenheit hatte er Schluckbeschwerden und hinter dem weichen Gaumen verspürte er ausstrahlende Schmerzen. Seither beobachtete er an der hinteren Wand des Pharynx in Zwischenräumen von 3 Tagen und einer Woche die Entwickelung und Abstossung dieser Pseudomembranen. Oefters blieb die hintere sichtbare Pharynxwand volle 3 Wochen ganz frei, aber in derselben Zeit hatte er gegen das Ohr strahlende Schmerzen, aus denen er selbst richtig folgerte, dass sich der Process auf den Nasopharyngealraum fortsetzte.

Unter meiner Beobachtung steht er seit Anfang dieses Jahres. Im Januar war ein grosser Theil der sichtbaren hinteren Pharynxwand mit einer Pseudomembran bedeckt, während der Untersuchung hatte sich die Membran abgelöst, knapp nach der Ablösung war schon die ganze Stelle

*) Vorgetragen in der laryngol. Section des internat. med. Congresses zu Berlin 1890.

weissgraulich wie angehaucht und die Schleimhaut hatte mit rothen verdickten Rändern die sich entwickelnde Membran begrenzt. Es sind einige Membranen abgestossen worden und dann hat die Schleimhaut ihr normales Aussehen bekommen, welches monatelang ungestört blieb. Im Monate Februar hat sich der Process im Nasopharyngealraum stark entwickelt mit einer dauernden Hartnäckigkeit, so dass derselbe noch jetzt zu constatiren ist. Die Pseudomembranen haben sich bald rechts, bald linkerseits entwickelt, bald war die ganze hintere Wand angegriffen, öfters die eine oder alle beide Tuben. Bei diesem Zustande hatte er stets grosse ausstrahlende Schmerzen im Ohr, Kopfschmerzen und Gemüthsdepression, seltener haben sich Nasenblutungen eingestellt. Die Nase selbst war aber von diesem Process befreit. Ende Februar haben sich Membranen auch im unteren Theile des Pharynx gebildet und im März waren an der hinteren Fläche der Epiglottis auch Membranen zu sehen. Die letzteren Membranenentwickelungen waren von kürzerer Dauer und wurde öfters nur der untere Theil der hinteren Pharynxwand angegriffen.

Der Process im Nasopharyngealraum besteht noch jetzt; Anfangs Juli und im August waren abermals Pseudomembranen an der sichtbaren Pharynxwand zu constatiren.

Die ausgestossenen Membranen wurden microscopisch von Herrn Prof. Pertik untersucht und von ihm der croupöse Character derselben festgestellt. Mit der Weigert'schen Methode sind die Fibrinnetze nachgewiesen worden, mit der Gramm'schen Methode wurden einige Micrococcen gefunden. Das microscopische Präparat zeigte Folgendes:

1) Flaches Epithel, die Kerne der Zellen sind gut zu erkennen, aber sind nicht intensiver gefärbt, als die Zellenkörper.
2) Die tiefere jüngere Schicht des Epithels.
3) Rundzellenschicht mit feinem Fibrinnetz.
4) Mit der Fläche parallel laufende dicke Fibrinbalken.
5) Detritusschicht, Kerne, Fibrinnetz.

Von den verschiedenen therapeutischen Eingriffen haben sich in mancher Beziehung als gut erwiesen die Insufflationen mit Zincum schozojodolicum und Morphium.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Otitis media acuta.

Die catarrhalische Form der Mittelohrentzündung kam in diesem Jahre 371 Mal, die eitrige Form 310 Mal zur Beobachtung. Die hervorragendste ätiologische Ursache für diese Erkrankungsformen gab die

*) Bei Gelegenheit der Correctur habe ich zu bemerken, dass der erwähnte Process bisher noch nicht gewichen ist.

Influenza-Epidemie ab, welche in Wien um die Mitte des December auftrat und schon in den letzten Wochen dieses Monats eine überaus grosse Anzahl von Otitiden erzeugte. Die Erscheinungen, unter welchen die durch die Influenza erzeugten Mittelohrentzündungen verliefen, und die Complicationen, mit denen sie einhergingen, waren auffallend verschieden von denen der gewöhnlichen Formen.

Auf Grund unserer Kenntnisse über Influenza überhaupt mussten die Ohrenärzte die Ueberzeugung haben, dass während einer Influenza-Epidemie Erkrankungen des Gehörorganes häufiger auftreten, und da nach den früheren Ueberlieferungen über derartige Epidemien catarrhalische Affectionen in der Schleimhaut des Respirationstractes die hauptsächlichste krankhafte Veränderung bei der Influenza ausmachten, musste man annehmen, dass auch im Hörorgane, falls es von der Influenza afficirt ist, der Catarrh des Mittelohres auftrete.

In Wirklichkeit gestaltete sich jedoch die Sache anders. Wohl kamen schon bald nach dem Erscheinen der letzten Epidemie Mittelohrcatarrhe etwas häufiger als vor derselben zur Beobachtung, aber je weiter wir in der Zeit der herrschenden Krankheit vorrückten, desto auffälliger häuften sich die Fälle von eitriger Entzündung des Mittelohres und schon in der dritten Woche des December hatte ich die Ueberzeugung, der ich in meinen klinischen Vorträgen Ausdruck verlieh, dass die diesjährige Influenza keineswegs so harmlos sei, als man sie früher und auch noch zu Anfang der jetzigen Epidemie schilderte.

Um eine klare Anschauung über die Häufigkeit der Erkrankungen im Hörorgane, sowie über deren Character während der letzten Influenza-Epidemie zu bieten, habe ich eine Tabelle angefertigt, welche eine Statistik jener mit Mittelohrentzündung behafteter Kranker enthält, welche in den Jahren 1887, 1888 und 1889, und zwar in den Monaten November und December, also in den Monaten, in denen die Epidemie herrschte, an meiner Klinik in Behandlung kamen. Diesem Ausweise nach suchten im November 1887 261 Ohrenkranke an der Klinik Hilfe, von denen 15 (12 M., 3 W.) mit catarrhalischer und 16 (14 M., 2 W.) mit eitriger Mittelohrentzündung behaftet waren. Im November 1888 kamen 301 Kranke, von denen 18 (16 M., 2 W.) an catarrhalischer und 34 (18 M., 16 W.) an eitriger Mittelohrentzündung litten. Im November 1889 suchten 292 Kranke in der Klinik Hilfe und von diesen waren 56 (22 M., 34 W.) mit catarrhalischer und 27 (8 M., 19 W.) mit eitriger Entzündung behaftet.

Im Monate December 1887 litten von den 252 Hilfesuchenden 20 (12 M., 8 W.) an catarrhalischer und 10 (7 M., 3 W.) an eitriger Entzündung. Im selben Monate des Jahres 1888 kamen 323 Kranke, davon 32 (27 M., 5 W.) mit catarrhalischer und 36 (26 M., 10 W.) mit eitriger Entzündung. Im December 1889 litten von den 333 an der Klinik erschienenen Ohrenkranken 115 (44 M., 71 W.) an catarrhalischer und 103 (45 M., 58 W.) an eitriger Mittelohrentzündung.

Im Monate Januar 1887 von 264 Kranken 17 (13 M., 4 W.) mit catarrhalischer und 18 (10 M., 8 W.) mit eitriger Entzündung. Im selben Monate 1888 von 261 Kranken 6 (5 M., 1 W.) mit catarrhalischer und 17 (13 M., 4 W.) mit eitriger Entzündung. Im Januar 1889 367 Kranke, davon 59 mit catarrhalischer und 59 mit eitriger Entzündung,

und im Januar 1890 von 324 Kranken 138 (51 M., 87 W.) mit catarrhalischer und 186 (69 M., 117 W.) mit eitriger Mittelohrentzündung.

Beiderseitige eitrige Mittelohrentzündung kam im Januar 1887 kein einziges Mal vor, im Januar 1888 3 Mal (3 M.), im Januar 1889 6 Mal (3 M., 3 W.) und im Januar 1890 14 Mal (10 M., 4 W.).

Die eitrigen Entzündungen waren immer fieberhaft, meist mit schweren subjectiven und objectiven Erscheinungen einhergehend, oft mit äusserst stürmischem Verlaufe. Im Vordergrunde standen lange anhaltende, die eingetretene Otorrhoe noch lange überdauernde Schmerzen, welche von den Kranken häufig nicht blos im Ohr und in der entsprechenden Kopfhälfte, sondern auch im Halse und im Nacken, in einzelnen Fällen sogar in der gleichseitigen oberen Extremität verspürt werden.

Unter den objectiven Erscheinungen war die nicht blos im Beginne der Krankheit, sondern auch noch nach Durchbruch des Trommelfells oder nach Paracentese desselben länger anhaltende, hochgradige Hyperämie, welche nicht blos in der Schleimhaut des Mittelohres, sondern auch im Trommelfelle, in den Gebilden des äusseren Gehörganges und in den Gebilden um das Ohr bestand, im höchsten Grade auffällig, wie dies auch von sämmtlichen Autoren, welche über diesen Gegenstand berichten, betont wird. Am Trommelfell selbst kam es in Folge dieser hochgradigen Hyperämie ungewöhnlich häufig zur Bildung von Blasen mit blutigem Inhalt, oder zur diffusen Hämorrhagie in seiner Substanz. Solche Blutextravasate fanden sich mitunter auch im äusseren Gehörgange. Diese hochgradige Hyperämie der Gebilde machte sich in vielen Fällen auch dadurch geltend, dass selbst nach Paracentese des Trommelfelles, sowie nach einem durch den Process selbst erfolgten Durchbruch desselben das ausfliessende Secret durch mehrere Tage hindurch noch fast wie reines Blut erschien (hämorrhagische Entzündung). Dieser Hyperämie und der durch sie bedingten Schwellung sind nach meiner Ansicht auch zumeist die mehr oder weniger heftigen, lange anhaltenden Schmerzen in den betreffenden Theilen zuzuschreiben. Uebrigens traf es sich oft, dass schon kurz nach Beginn der Erkrankung die Knochensubstanz des Warzentheiles sich entzündete, und auch, dass so häufig Periostitis in der Warzengegend auftrat. Die Otitis und Periostitis führten in vielen Fällen rasch zur Abscessbildung im Knochen selbst und in den Weichgebilden der Warzenfortsatzgegend. Welch' stürmischen Verlauf und welche schweren Erscheinungen in vielen Fällen die Krankheit nahm, beweist am besten der Umstand, dass trotz der sorgfältigsten localen und allgemeinen Behandlung bei 6 Kranken, welche früher nie ein Ohrenleiden hatten und die ihr jetziges Ohrenleiden mit der bereits überstandenen oder noch bestehenden Influenza in Verbindung brachten, die künstliche Eröffnung des Warzenfortsatzes vorgenommen werden musste, wobei sich derselbe nach Entfernung der Corticalis von zahlreichen Höhlen durchsetzt zeigte, die mit Eiter und Granulationsmassen erfüllt waren. — Auch diese Kranken, sowie sämmtliche anderen mit Otitis media suppurativa in Behandlung stehenden wurden geheilt, so dass wir auch nicht einen einzigen Patienten während der Influenza an der in Rede stehenden Erkrankung des Mittelohrs verloren; aber ungeachtet dessen muss ich die währeud dieser Epidemie aufgetretenen eitrigen Mittelohrentzündungen im Allgemeinen zu den schwersten zählen,

welche ich je beobachtete, und ich kann sie nur jenen an die Seite stellen, welche man bei schweren Infectionskrankheiten, hauptsächlich bei Scharlach und bei der Pneumonie, zu beobachten Gelegenheit hat. Die Frage, ob die Erkrankung des Mittelohres bei der Influenza immer als Folgezustand einer Erkrankung in den Gebilden des Nasenrachenraumes, also ex contiguo entstanden sei, muss ich nach meinen Beobachtungen entschieden verneinen. Schon der Umstand, dass gar nicht selten einer sehr leichten catarrhalischen Nasenrachen-Affection eine sehr stürmisch verlaufende eitrige Mittelohrentzündung folgte, noch mehr aber der Umstand, dass in vielen Fällen eine solche Entzündung verhältnissmässig lange nach Ablauf der Affection im Nasenrachenraum gefolgt ist, deutet darauf, dass der im Ohr sich abspielende Process kein fortgeleiteter, sondern ein primärer sein müsse.

Ueber die Entstehung der verschiedenartigen, im Ohre während der Influenza-Epidemie auftretenden Affectionen kann man sich am besten Rechenschaft geben, wenn man die Theorie von den mehrfachen Krankheitserregern während der Influenza-Epidemie in Betracht zieht, wobei ich erwähnen möchte, dass gerade die klinischen Beobachtungen am Gehörorgane, speciell am Mittelohre, nach dieser Richtung am besten zu verwerthen sind. Wenn man nämlich annimmt, dass, wie dies von den Bacteriologen dargethan wurde, bei der Influenza verschiedene Microorganismen mit je verschiedener toxischer Wirkung ihren Einfluss üben, ist es leicht möglich, dass gerade im Mittelohre, wo die Fortentwickelung der in dasselbe gelangten Keime ungleich besser statthaben kann, als in den übrigen Respirationstracten, wo ein fortwährender Luftwechsel und anderweitige Actionen, Expectoration u. s. w. das Nisten der Keime erschwert, diese ihre destructive Wirkung geltend machen können. Daher ist es erklärlich, dass so oft erst nach Ablauf der Affection im Respirationstracte die eitrige Entzündung im Mittelohr zum Ausbruche kam und ihre verheerende Wirkung übte.

Was die Therapie der beschriebenen Formen anbelangt, so leisteten in den Fällen, wo blosse Hyerämie, ohne Exsudation, zu constatiren war, die Einträufelungen von Cocaïnlösungen Treffliches. Wurden Blasen am Trommelfelle oder Exsudatansammlung in der Paukenhöhle vorgefunden, so wurde die Paracentese unverzüglich ausgeführt, und wir haben es bei diesen zahlreichen Eingriffen wieder erfahren, von welch' segensreicher Wirkung die frühzeitige Paracentese des Trommelfelles ist. Die Schmerzen wichen meistens sofort, und oft hörte die Eiterung nach wenigen Tagen schon auf. In keinem dieser frühzeitig paracentesirten Fälle kam es zu Warzenfortsatzerkrankungen, die einen operativen Eingriff erheischt hätten. Manchmal war es nothwendig, auch per tubam Cocaïnlösungen einzuspritzen, selten, statt der Cocaïnlösungen andere schmerzstillende Einträufelungen, wie z. B. das Carbolglycerin, in Gebrauch zu nehmen.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Physiologie der lufthaltigen Räume des Schädels. Von Dr. Georg Sandmann, Berlin. (Deutsche med. Wochenschrift No. 17, 1890.)

Verfasser stellt einige Anschauungen über die physiologische Bedeutung der pneumatischen Räume des Schädels zusammen und unterzieht dieselben einer kritischen Beleuchtung. Eingehender werden die Nebenhöhlen der Nase beschrieben, welche als rudimentäre Organe anzusehen wären, deren eigentliche Bestimmung, die Aufnahme von Riechwülsten, bei der Rückbildung des Riechorgans geschwunden ist und bestehen nur als leere Höhlen, weil der bei der Entwickelung an Länge zunehmende Vorderschädel dadurch erleichtert wird.

Die Anschauung über die Nebenhöhlen des Ohres, wonach sie als Resonanzapparat für die Stimme, oder auch als Luftreservoir angesehen werden, damit die im Mittelohr vorkommenden Luftdruckschwankungen sich auf grössere Massen vertheilen und somit sich weniger gewaltsam äussern sollen, hält Verfasser für nicht ganz richtig, sondern glaubt, dass unser Gehörorgan von einem Mantel von Zellen deshalb umgeben ist, damit eine schädliche Wirkung der zu starken Schallwellen unserer Stimme auf die feinen Endapparate unseres Hörnerv verhindert werde. Diese Höhlen seien also als Schalldämpfer anzusehen. Szenes.

---

b) Rhinologische:

Bericht über 1000 adenoide Vegetationen. Von Dr. Max Schaeffer, Bremen. Vorgetragen in der Section für Laryngologie und Rhinologie der 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Bremen den 15. September 1890. Wiener med. Wochenschrift, No. 49—51, 1890.

Im Allgemeinen fand Verfasser bei jüngeren Individuen die Rachentonsille weiter nach hinten, im Uebergange des Rachengewölbes zur hinteren Rachenwand, bei älteren Individuen hingegen mehr in der Mitte des Rachendaches oder nach den Choanen zu. Die Mehrzahl der Patienten gehörte dem schulpflichtigen Alter an und nimmt auch Verfasser eine erbliche Disposition an, da er oft ganze Familien an adenoiden Vegetationen zu operiren Gelegenheit hatte. Die Fälle vertheilen sich auf beide Geschlechter gleich (505 M., 495 W.), häufig trafen dieselben mit der Hypertrophie der Gaumenmandeln zusammen. Von den Symptomen hat Verf. in 3 Fällen Erscheinungen eines ausgeprägten Spasmus glottidis, 13 Mal nächtliche Asthma-Anfälle, in 10 Fällen Abnahme des Gedächtnisses und Schwäche desselben, 26 Mal migräneartige Anfälle, in 18 Fällen eine besondere Neigung zu Bronchitiden, 7 Mal häufiges Nasenbluten, 7 andere Male Struma, 6 Mal erysipelatöse Anschwellung des Gesichtes, in 13 Fällen ein Zurückbleiben des Sprachvermögens und in 4 Fällen ein Stottern, 9 Mal leichte Ermüdung der Stimme beim Singen resp. Heiserkeit und endlich 13 Mal choreaartige Krämpfe verzeichnet. Bei 467 Patienten war das Uebel mit einer Schwerhörigkeit einhergegangen, welch' letzterer in 105 Fällen eine Otorrhoe zu Grunde lag; 3 Mal wurden catarrhalische Symptome von Seiten des Magens beobachtet. Bezüglich der Diagnose möchte Verfasser

einen an der Wurzel breiten Nasenrücken als ein ziemlich sicheres Criterium anführen, ferner eine Wulstung der Schleimhaut des Nasenbodens der Länge nach.

Die Behandlung war in 81 Fällen eine medicamentöse oder mit Brunnen-, Bäder- und Luftkuren verbundene, in den übrigen Fällen hingegen eine operative, und rühmt hier Verfasser das Gottstein'sche Ringmesser, mit welchem die Entfernung in einer Sitzung und in einem Stücke in toto gelingt, sitzengebliebene kleinere und weichere Reste werden dann mit der Michael'schen Doppelhohlmeisselzange herausgeholt, welche auch die Blutung zu beschränken pflegt. Nur 3 Mal war ein Recidiv eingetreten, nämlich nach Masern und Scharlach.

Szenes

Die Radicalbehandlung der Nasenpolypen. (The Treatment for the Radical Cure of Polypi of the Nose.) Von E. Harrison Griffin, New-York. (Medical Record, 28. Juni 1890.)

Gründliche Anaesthesie mittelst Cocains, möglichst sorgfältige Entfernung aller Polypen mit einer Schlinge und dann 2 Mal täglich einen Nasenspray von Hamamelis oder Alcohol (zunächst verdünnt und dann pur), etwa ein Jahr lang fortgesetzt — das sind die Directionen des Verf. für eine radicale Entfernung von Nasenpolypen. Von der Anwendung von Causticis und Adstringentien sieht er ganz ab, da diese nur eine Entzündung und schnelleres Wiederwachsen der Polypen verursachen.

W. Fr. (N.-Y.)

Ueber Verbiegungen der Nasenscheidewand. Vorgetragen in der XXXI. ordentlichen Sitzung des Vereins der Aerzte Oberschlesiens zu Oppeln am 1. Mai 1890. Von Dr. Patrzek, Oppeln.

Unter Anderem macht Verf. auf die wichtige pathologische Bedeutung der Abweichungen der Nasenscheidewand aufmerksam und glaubt bezüglich der Häufigkeit derselben, dass kaum ein Septum vollkommen gerade genannt werden kann und kommen dieselben bereits bei Neugeborenen vor, wie dies Patrzek schon an anderer Stelle*) nachwies, doch auch die Vorgänge während der Geburt spielen in ursächlicher Beziehung eine gewisse Rolle. Im Anschlusse eines mitgetheilten Falles räumt Verf. auch der Erblichkeit einen hervorragenden Platz in der ätiologischen Reihe ein. Bei der Behandlung der Verbiegungen geht Patrzek in letzterer Zeit so vor, dass er mit dem messerförmigen Galvanocauter zwei tiefe Längsfurchen durch die Prominenz zieht und entfernt dann die Brücke mit dem rinnenförmigen Meissel. Auf diese Weise wurden selbst hochgradige Deviationen ohne allzu grosse Blutung in einer Sitzung entfernt.

Szenes.

Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase. Nach einem am 22. November 1889 in der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin gehaltenen Vortrage. Von Dr. Leopold Treitel, Berlin. (Berliner klin. Wochenschrift No. 16 und 17, 1890.)

In erster Reihe erwähnt Verfasser das eigenthümliche Verhalten des Brandschorfes nach galvanocaustischen Operationen,

*) Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 4, pag. 120, 1890.

welches in einigen Fällen darin bestand, dass derselbe sich, wie bei einer genuinen fibrinösen Entzündung, spontan losstiess, um sich hartnäckig immer wieder von Neuem zu bilden. — Verhältnissmässig häufig klagten die Patienten über leichte Störungen des Allgemeinbefindens, wie Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Kopfdruck und geringe Temperatursteigerung. Häufiger wurde die Schleimhaut von einem regulären Schnupfen befallen, welcher jedoch nach einigen Tagen schon schwand.

In mehreren Fällen fand Verfasser als Ursache der Störung des Allgemeinbefindens eine typische Angina lacunaris. Dieselbe fand sich gleich häufig nach Operationen am vorderen und nach solchen am hinteren Ende der unteren Muscheln, seltener nach denen am Septum, am seltensten nach Operationen an der mittleren Muschel und der Aussenwand der Nasengänge vor; ungleich häufiger war die Angina nach galvanocaustischen Operationen, als nach solchen mit kalten Instrumenten aufgetreten. Nach Verfasser's Ansicht ist die Angina lacunaris aller Wahrscheinlichkeit nach nur als eine zufällige Complication zu betrachten, indem durch die Operation eine Hyperaemie nicht nur der Nasenschleimhaut, sondern auch der angrenzenden Schleimhäute erzeugt wird, welche für die Infection mit dem Virus der Angina disponirend wirkt.

Erkrankungen anderer Nachbarorgane der Nase wurden selten nach Nasenoperationen beobachtet. In einem Falle, wo Verfasser eine Crista septi galvanocaustisch zerstörte, war zwei Tage nach der Operation ausgesprochene Scarlatina aufgetreten, ohne dass eine directe Infection constatirt werden konnte. In einem anderen Falle war sechs Wochen, ebenfalls nach einer galvanocaustischen Beseitigung einer Crista, eine ausgedehnte Caries auf der Aussenwand des mittleren Nasenganges auf der operirten Seite, eine grössere cariöse Stelle hingegen am Septum der nicht operirten Stelle aufgetreten; der Patient hatte sich vor zehn Jahren luëtisch inficirt, und glaubt nun Verfasser an die Möglichkeit, dass die Operation in diesem Falle die Caries wieder zur Erscheinung gebracht hätte.

Bezüglich der Reactionserscheinungen von Seiten des Nervensystems fand Verfasser solche häufig genug nach galvanocaustischen Operationen auftreten, in Folge von Verletzungen der betreffenden Nerven; als solche wären der Nervus nasopalatinus, die Dentaläste des Nervus trigeminus und der Nervus supraorbitalis zu erwähnen. Bei Polypenextractionen wurde häufig das Centralnervensystem inficirt, was sich in Uebelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühl oder Syncope kundgab; totale Nervenzerrüttungen traten nach Nasenoperationen nur selten auf. Bei wenigen Patienten konnten auch psychische Störungen als Reactionserscheinungen des Eingriffes constatirt werden.

Schliesslich ermahnt Verfasser, dass, wenn Reactionserscheinungen auch nicht sehr häufig sind, so ist es dennoch rathsam, den Operirten einige Tage Schonung zu empfehlen.

Die Beobachtungen datiren aus der Universitäts-Poliklinik Fränkel's in Berlin, wo Verfasser während eines Zeitraumes von 9 Monaten seine Erfahrungen sammelte. Szenes.

Ueber ein Befestigungsinstrument für das Voltolini'sche Nasenspeculum. Von Dr. Flatau. (Berl. klin. Wochenschr. No. 25, 1890.)

Das von Weitz in Berlin (Potsdamer Strasse 105), wie auch von Windler zu beziehende Instrument, welches abgebildet ist, wird an der Stirn des zu Untersuchenden an einer Pelotte befestigt, die durch eine sagittal über den Kopf greifende Bruchbandfeder fixirt ist. Nähere Beschreibung ist im Original nachzulesen. Heinze.

Elektrischer Beleuchtungs-Apparat für Ohr, Nase, Nasenrachenraum etc. Von Prof. Trautmann. (Deutsche med. Wochenschr. No. 15, 1890.)

Abbildung und Beschreibung des von Nehmer (Berlin, Georgenstrasse 38) zu beziehenden Apparates. Heinze.

Bemerkungen über die Verabreichung von Anästheticis in Fällen von Operationen in der Nase und dem Munde. (Remarks on the administration of anaesthetics in oral and nasal surgery.) Von F. Hewitt, M D., London. (Lancet, 10. Januar 1890.)

Die Bemerkungen beziehen sich nur auf solche Operationen, bei welchen eine längere Anästhesie erforderlich ist. Verf. empfiehlt die Aethernarcose und bei dem Erwachen aus derselben die Narcose mit Chloroform weiter zu unterhalten. Der Kranke soll in der Narcose entweder sitzend mit weit nach vorwärts gerichtetem Kopf gehalten werden oder auf der Seite liegen mit nach abwärts gerichtetem Gesicht. Die erstere Stellung sei besonders bequem für die Entfernung von adenoiden Vegetationen. Bei Nasenverstopfung solle man einen Mundsperrer vor dem Beginn der Anästhesie anlegen. An einem von ihm abgebildeten Mundsperrer sind zwei Röhrchen angebracht, mit welchen man die Chloroformirung fortsetzen kann. Bei stärkerer Stenose und bei Blutungen solle man die Narcose nicht zu tief machen. Dr. M. Schm

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Zur Frage der Localisation des Kehlkopfes an der Grosshirnrinde. Von Prof. Krause. (Berl. klin. Wochenschr. No. 25, 1890.)

Gegenüber den Angaben von François Franck, Ferrier und Duret fasst K. das Resultat seiner Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen: 1) dass eine völlig isolirbare Kehlkopf- und eine ebensolche Zungen-, Lippen- und Kieferregion an der Grosshirnrinde existirt; 2) dass eine Erzeugung der phonetischen Function durch elektrische Reizung weder von der Kehlkopfstelle noch von der Zungen- und Mundregion regelmässig, sondern nur äusserst selten und ausnahmsweise zu bewerkstelligen ist; 3) dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Kehlkopf- und Zungen- resp. Mundregion nicht besteht, dass es jedoch nur einer mässigen Reizverstärkung bedarf, um den Kehlkopf secundär an den Bewegungen der Zunge und der Lippen theilnehmen zu lassen; 4) dass unter gewöhnlichen Verhältnissen und bei gleichen Reizstärken eine Betheiligung der Zungen- und Mundbewegungen an denjenigen des Kehlkopfes nicht stattfindet. Heinze.

Ein seltener Fall von Idiosyncrasie gegen Tannin bei äusserlichem Gebrauche. Von Dr. Lange. (Deutsche med. Wochenschr. No. 1, 1890.)

Nach einmaliger Pinselung des Rachens mit einer Tanninlösung 1 : 15 bei einem an chronischem Nasen- und Rachencatarrh leidenden 29jähr. Patienten trat sofort eine starke Anschwellung der Schleimhaut, vollständige Verstopfung der Nase und „riesige wässerige Secretion" ein. Es zeigte sich bei der Untersuchung „grosses Oedem des weichen Gaumens und der Uvula". Ausserdem ward leichtes Benommensein, sowie ein universelles Urticaria-Exanthem constatirt, welches am nächsten Tage wieder verschwunden war. Patient hatte schon 2 Mal früher nach Gebrauch von Tanninpräparaten ähnliche Erscheinungen gehabt.

Heinze.

Zur Frage der Pachydermia laryngis. Von Dr. Kuttner. (Berl. klin. Wochenschr. No. 36, 1890.)

Nach K.'s Untersuchungen, die mit denen Virchow's und Kanthack's übereinstimmen, gehört zum Bilde der typischen Pachydermie nichts weiter, „als dass das Epithel einen epidermoidalen Charakter annimmt, dem sich dann natürlich auch das subepitheliale Bindegewebe in entsprechender Weise anzupassen hat". Ob sich dann noch Excrescenzen irgend welcher Art oder schalenförmige Gebilde am Processus vocalis vorfänden oder nicht, oder ob das betr. Stimmband von vorn bis hinten glatt sei, sei in Bezug auf das Wesen der Pachydermie nebensächlich. Aetiologisch kommen specifische Reize (z. B. Lues und Tuberculose) und rein entzündliche oder mechanische in Betracht So fänden sich u. A. auch in der Umgegend von zweifellos gutartigen Stimmband-Fibromen, am stärksten entwickelt in deren unmittelbarer Nähe, wohl characterisirte pachydermatische Veränderungen. K. erörtert sodann die Entstehung der Höhlungen in den Wülsten am Processus vocalis, die ersten Anfänge der einfachen Pachydermie und ihr Verhältniss zur chronischen Laryngitis, und endlich die Beziehungen der Pachydermie zum Carcinoma laryngis, worüber der Artikel selbst nachzulesen ist. Heinze.

Primäres Erysipel des Pharynx und des Larynx. (Erysipel primitif du pharynx et du larynx.) Von Dr. Massei. (Congrès international de Berlin 1890 und Revue de laryngologie No. 19.)

Sein Bestehen ist heute bewiesen, nur hat man früher nicht genug darauf geachtet und die Aeusserungen früherer Autoren unberücksichtigt gelassen. Es sind wenige, aber classische, nie trügende Symptome: 1) Die ungeheure Schwellung der Mucosa, welche gewöhnlich vom Zungengrunde ausgeht; daher Dysphagie von Anbeginn; 2) das leichte Springen der Schwellung; 3) sehr starkes Fieber von Anfang an, nicht regelmässig, springend. Man kann es also nicht mit der Larynxphlegmone verwechseln. Entweder walten die localen oder die allgemeinen Symptome vor; letztere Form hat eine schlechte Prognose, da die Mittel zu spät kommen. Dr. P. K.

Exstirpation der Zunge, des weichen Gaumens, der linken Mandel; Ligatur der Arteria lingualis, Resection des Maxillaris; prophylactische Tracheotomie; Tod am siebenten Tage durch Lungensymptome. (Ablation de la langue, du voile du palais, de l'amygdale gauche; ligature de la linguale; résection du maxillaire; trachéotomie préventive; mort par accidents pulmonaires le septième jour.) Von Dr. Le Bec. (Gazette des hôpitaux, October 1889 und Revue de laryngologie No. 3.)

Der Titel giebt die ganze Operation, welche wegen Epithelioma ausgeführt wurde; bemerkenswerth dabei ist, dass die Operation in dem Sinne gelang, dass Patient nicht an septischer, sondern an Erkältungsbronchitis starb. Dr. P. K.

Ein Fall von Gaumentumor, Operation, Bemerkungen. (A case of tumor of the palate, operation, remarks.) Von Mr. Page. (Lancet, 10. Januar 1891.)

Der hühnereigrosse Tumor fand sich bei einem 40jährigen Manne Er war in zwei Jahren gewachsen und hatte seinen Sitz in dem weichen Gaumen. Es war ein Adenom. In der Discussion bezeichnet Mr. S. Page diese Geschwülste als so unschuldig, wie noch nicht geborne Kinder. Dr. M. Schm.

Zur Operation der hypertrophischen Rachenmandel. Von Dr. H. Gradle. (Deutsche med. Wochenschr. No. 8, 1890.)

Abbildung und Beschreibung einer Schneidezange, deren Leistungsfähigkeit G. seit 2½ Jahren in nahezu 150 Operationen erprobt hat und mittelst derer es ihm meistens gelungen ist, die ganze Drüse auf einmal zu entfernen. Heinze.

Zur Casuistik des Herpes gutturalis. Von Dr. Max Kahn. (Internat klin. Rundschau No. 16, 1890.)

Verfasser hatte während der letzten Influenza-Epidemie Gelegenheit, im Ambulatorium Seifert's in Würzburg zwei interessante Fälle von Herpes gutturalis palati duri zu beobachten. Der erste betrifft eine 42jährige Frau, bei welcher die herpetischen Erosionen als erstes Symptom der Influenza bis in die Fläche des weichen Gaumens sich erstreckten und auch am Zahnfleisch der linksseitigen oberen Schneidezähne sichtbar waren. — Bei einem 23jährigen Cand. med. hingegen war der Herpes ohne Fieber oder sonstige Allgemeinerscheinungen, 2 Ctm. hinter den Schneidezähnen beginnend, bis an den Rand des weichen Gaumens ausgebreitet. — In beiden Fällen war die Heilung auf Ausspülungen des Mundes mit Boraxlösung schon nach wenigen Tagen eingetreten. Szenes.

Ueber die Behandlung des Stimmritzenkrampfes. Von Dr. Flesch. (Deutsche med. Wochenschr. No. 1, 1890.)

F. fand bei plötzlich zu Grunde gegangenen Kindern stets Ueberfüllung des Magens und der Därme mit „unverdautem Aliment, vorzugs-

weise dickbreiigem, nächstdem Obst etc ", sowie „2 kleine, feste Drüschen am Nervus recurrens sinister", auf welche schon Hugh Ley aufmerksam gemacht habe. Ohne einen Schluss zu ziehen über den Zusammenhang dieser Drüsen mit der Krankheit, wird therapeutisch empfohlen, lediglich flüssige Kost in näher beschriebener und im Original nachzulesender Weise zu verabreichen. Heinze.

Kehlkopfsentzündung mit Ausgang in Abscessbildung nach Influenza. Von Dr. Schaeffer. (Deutsche med. Wochenschr. No 10, 1890.)

Beschreibung eines Falles, bei dem wegen plötzlichen Eintritts der erstgenannten Affection die Tracheotomie gemacht werden musste. Heilung. Sch. theilt beiläufig mit, dass sich ihm die Anwendung von Natr. benz. 15,0 - 20,0 ad 200,0 Aqu innerlich 2 — 3stündlich 1 Esslöffel in circa 60 Influenzafällen im acuten Stadium gut bewährt habe. Heinze.

Pyoctanin gegen tuberculöse Ulcerationen im Kehlkopf und in der Nase. Von Dr. Scheinmann. (Berl. klin. Wochenschr. No. 33, 1890.)

S. beschreibt in dieser „vorläufigen Mittheilung", wie er das von Stilling als Antisepticum empfohlene Pyoctaninum caeruleum in Substanz bei den genannten Ulcerationen anwendet. Der erhitzte Knopf einer Kupfersonde wird in das reine Pulver getaucht, welches sich um denselben in feinen Körnchen anlagert und dann mittelst der Sonde in den Geschwürsgrund, nach vorausgegangener Cocainisirung, eingerieben. Die Wirkung zeige sich alsbald dadurch, dass die Secretion wie verschwunden sei und „in kurzer Zeit schon die Frage auftrete, ob hier noch Ulcus, oder schon die beginnende Narbe vorliege". Dies gelte hauptsächlich für circumscripte einzelne Ulcera und für die durch operative Eingriffe geschaffenen Wundflächen. Die Reaction der behandelten Stellen sei gleich Null: vorhandene Schmerzhaftigkeit werde in den folgenden 24 Stunden nicht nur nicht gesteigert, sondern mitunter wesentlich vermindert. In zwei Fällen schwerer Nasentuberculose, bei denen tumorartige Infiltrationen operativ entfernt bezw. grosse Ulcerationen an den unteren Muscheln ausgekratzt worden waren, heilten die mit Pyoctanin behandelten Geschwürsflächen binnen 6 bezw. 8 Tagen.

Heinze.

Intubation des Kehlkopfes. (Intubation of the laryux.) Von Francis Huber, M. D., New-York. (Med. Record, Juni und Juli 1887.)

Der Vortrag bildet einen Theil einer Reihe von Vorträgen vor der New-York Academy of Medicine.

Verf. giebt eine recht gute Beschreibung der Art und Weise, wie die Intubation ausgeführt werden soll. Den Zeitpunkt, wann sie gemacht werden soll, bezeichnet er so, dass suprasternale und epigastrische Einziehungen stattfinden. Cyanose, schwacher unregelmässiger Puls, Lungenbetheiligung oder septische Zeichen sollen nicht von der Vornahme der Operation abhalten. In solchen Fällen soll man aber vorher ein Stimulans geben. Er bespricht sodann noch die bei der Einführung oder Wegnahme der Röhre vorkommenden Zufälle in klarer Weise.

Dr. M. Schm.

Bemerkungen über den Bellhusten des Pubertätsalters (Cynobex hebetis). (Remarks on the barking cough [Cynobex hebetis] of puberty.) Von Sir Andrew Clark, Bart. M. D., London. (Lancet, 20. December 1890.)

Verf führt erst drei Fälle von sehr schwerer Form an, in welchen die Eltern nervös belastet waren, ein vierter stammte aber aus einer ganz gesunden Familie. Bei Mädchen ist er häufiger, als bei Knaben. Er kommt nur in dem Pubertätsalter vor. Er gehört zu den von Gowers beschriebenen Gewohnheitskrämpfen. In der Literatur finden sich nur spärliche Nachrichten über denselben Er erklärt das Zustandekommen desselben durch die vollständige Umänderung, welche in der Zeit in dem Körper und dem Nervensystem stattfindet. Durch die Veränderungen, welche auch der Kehlkopf zu der gleichen Zeit erleidet, findet er es erklärlich, dass sich die Nervenerkrankung, denn als solche will er den Husten, wohl sehr mit Recht, angesehen wissen, gerade in dem Husten äussert. Die Prognose hält er für günstig, wenn auch die Dauer des Leidens oft eine sehr ausgedehnte ist. In all' seinen Fällen waren die Kinder überfüttert und hatten reichlich Alkohol bekommen. Beschränkung der Mahlzeiten auf drei oder höchstens vier am Tage, Verbot des Alkohols (! Ref.), laue oder kalte Waschungen, nicht zu warme Kleidung, Frühaufstehen und allgemeine Erziehung haben sich ihm am meisten bewährt. Nach den Mahlzeiten lässt er den ganzen Hals innerlich mit einer Mischung von Borax, Bismuth und Morphium oder Cocaïn pinseln. Innerlich giebt er Brom, Chinin, Arsenik und Eisen. Längere Seereisen hält er für ein zweifelhaftes Mittel. Dagegen empfiehlt er sehr die Erziehung zu nicht nervösen Menschen. Dr. M. Schm

---

Plötzlicher Tod durch Hyperplasie der Thymus während der Tracheotomie. Demonstrirt im Greifswalder medicin. Verein. Von Dr. Kruse und Dr. Cahen. (Deutsche med. Wochenschrift No. 21, 1890.)

Es handelte sich um einen zweijährigen, gut entwickelten, kräftigen Knaben, bei dem wegen einer hochgradigen Trachealstenose, mit einer schon fortgeschrittenen Kohlensäurevergiftung, die Tracheotomie lege artis ausgeführt wurde, doch schon bei der stumpfen Ablösung der Schilddrüse nach unten wurde die Athmung oberflächlich und das Gesicht cyanotisch, und trotz der schleunigen Eröffnung der Trachea wurde die Cyanose stärker und die Athmung stockte völlig. Nebst der breit klaffenden Trachea nützten selbst die künstlichen Athmungsbewegungen nicht, es wurde sogar eine zweite Incision, etwas tiefer als die erste, angelegt, doch war Alles vergebens. Bei der Necroscopie wurde die Thymusdrüse 71 Mmtr. lang, 42 Mmtr. breit und 17 Mmtr. dick gefunden; ein zungenförmiger, 25 Mmtr. langer Lappen ragte über das obere Ende des Brustbeines bis nahe an den Isthmus der Thyreoidea hervor. Durch diese Vergrösserung wurde eine Verengerung der Trachea und der beiden Hauptbronchien bewirkt, welche durch die entzündliche Schwellung der Schleimhaut eine weitere Verengerung verursachte. Das Operiren bei herabhängendem Kopfe hatte die als Folge der Dyspnoe bestehende venöse Hyperämie der Thymus, durch Stauung in den Ven thymicae, noch vergrössert, dazu kamen dann noch andere mechanische Wirkungen

auf die Bronchien, die bei Ablösung der Schilddrüse eine völlige Abknickung der Luftwege und somit die Erstickung herbeiführten.
Szenes.

Die Massage in der Behandlung acuter Catarrhe der Halsorgane. Von Dr. T. Cramer, Buttstädt. (Deutsche med. Wochenschr. No. 22, 1890.)

Auf Grund zweier mitgetheilter Fälle erklärt Verf. mittelst anatomischer Erläuterungen die günstigen Erfolge der Halsmassage bei Entzündungen der ersten Wege des Verdauungs- und des Athmungstractus, welche sich auf catarrhalische Processe beziehen. Verf. will diese Behandlungsmethode neben der Anwendung der üblichen therapeutischen Maassnahmen gebraucht wissen, die sowohl vom Arzte, als auch von den Angehörigen und auch vom Patienten selbst ausgeführt werden kann. Szenes.

Ueber Papillome in den oberen Luftwegen. Vorgetragen in der laryngol. Section der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg. Von Dr. Arthur Thost, Hamburg. (Deutsche med. Wochenschrift No. 21, 1890.)

Angeregt durch anatomische Untersuchungen an Leichen und Lebenden, besonders durch die Verfolgung der Frage über den Uebergang gutartiger Geschwülste des Kehlkopfes in bösartige, bespricht Verf. die Ursachen der Papillombildung und der Wucherung und Entzündung der oberflächlichen Schichten der Schleimhaut, die eine ausgesprochene Neigung besitzt, auf pathologische Reize in oder unter derselben mit einer Hyperplasie zu antworten. Nun werden die Wucherungsprocesse des Epithels beim chronischen Catarrh, bei der Tuberculose, bei der Syphilis, bei Lepra, bei den lupösen Infiltrationen, bei Fibromen und beim Carcinom einzeln besprochen. Szenes.

Beitrag zur Lehre von der Heilbarkeit der Larynxtuberculose mittelst chirurgischen Behandlung. Contribution à la question de la curabilité de la tuberculose laryngée par le traitement chirurgical.) Von Dr. Luc. (Congrès international de Berlin und Archives de laryngologie et d'otologie No. 4.)

Man kann die Localaffection der Tuberculose im Körper im Allgemeinen in zwei Klassen theilen: In solche, welche der chirurgischen Behandlung zugänglich und in solche, welche es nicht sind; diese Eintheilung hat aber nichts Festes, die Grenze ist wechselnd und wird immer enger gestellt; braucht man ja nur an die Behandlung der tuberculösen Peritonitis mittelst der Laparotomie zu denken. Verf. giebt die Krankengeschichte zweier Patienten, bei denen Nasal-, Pharyngeal- und Larynxgeschwüre, deren tuberculöse Natur durch das Microscop nachgewiesen war, unter geeigneter localer und allgemeiner Behandlung geheilt sind. Die chirurgische Behandlung der tuberculösen Geschwüre ist also im Princip anzunehmen; sie passt aber nur für bestimmte Fälle und bestimmte Formen; ihre Ausführung ist nicht so leicht, als man annehmen könnte. Diese Schwierigkeiten sind dieselben für alle Patienten, deren tuberculöse

Localleiden an denselben Stellen sitzen. Ausser diesen, durch die Localisation allein bedingten Schwierigkeiten, bestehen noch andere individuelle, welche von der Sensibilität des Patienten, von seinem guten Willen, von seiner Energie, von der concomittirenden Lungentuberculose, selbst von seinen Berufsverhältnissen und Vermögensbedingungen abhängen, abgesehen davon, dass der behandelnde Arzt eine geübte Hand haben muss. Man kann also die Cürettage des Larynx in keinem Falle mit der chirurgischen Behandlung einer tuberculösen Haut- oder Knochen- oder Muskelerkrankung vergleichen und deshalb sind auch unter sonst selbst günstigen Bedingungen die Chancen der Curettage nicht so günstig, wie bei den äusseren tuberculösen Leiden, wo der Chirurg lege artis verfahren kann. Das Allgemeinbefinden des Patienten, der Zustand der übrigen Körperorgane und namentlich der Lungen, der persönliche Character des Patienten und dessen sociale Stellung, besonders aber die Localisation des tuberculösen Herdes sind also bei der chirurgischen Behandlung der Larynxphthise in Betracht zu ziehen.

Referent glaubt, dass in der gegenwärtig so oft ventilirten und practisch natürlich sehr wichtigen Frage die Wahrheit wie gewöhnlich in der Mitte liegt. Es ist noch gar nicht lange her, dass man gegenüber denjenigen Personen, welche behaupteten, ein wirklich tuberculöses Larynxgeschwür heilen gesehen zu haben, spöttisch die Achseln zuchte; heute steht die Sache aber gerade umgekehrt; es steht fest, dass tuberculöse Larynxgeschwüre unter günstigen Bedingungen oft von selbst und noch öfter unter geeigneter chirurgischer Behandlung heilen. Wenn tuberculöse Geschwüre, und namentlich tuberculöse Wucherungen des Larynx früher ein noli me tangere waren, weil durch die chirurgische Behandlung die Geschwüre vergrössert und der tuberculösen Zerstörung nur Vorschub geleistet wurde, so soll man nach dem heutigen Standpunkte unserer Wissenschaft chirurgisch eingreifen, man soll froh sein, das ganze tuberculöse Operationsfeld übersehen und chirurgisch behandeln zu können; eben in dem Verdecktsein und in dem Nichterreichen der tuberculösen Herde besteht der Misserfolg der Cürettage, natürlich bei sonst günstigen Allgemeinverhältnissen. Beim Fehlen dieser allbekannten günstigen Allgemeinsymptome heilen auch äussere, uns ganz zugängliche und mithin nach allen Regeln der modernen Chirurgie behandelte tuberculöse Affectionen nicht. Weshalb soll also der Larynx eine Ausnahme in der Reihe dieser der tuberculösen Infection unterworfenen Organe machen? Tuberculöse Larynxherde heilen — unter gleichen Bedingungen — nicht so leicht, als äussere, zugängliche tuberculöse Leiden, eben wegen der localen Verhältnisse, welche auch nie beseitigt werden können; was den Erfolg der localen chirurgischen Behandlung betrifft, kann daher der Larynx nie auf eine Stufe mit den der Chirurgie mehr zugänglichen Organen gestellt werden. Referent spricht natürlich nur von der endolaryngealen Methode. Anders wird es sich natürlich verhalten, wenn bei weiteren Fortschritten der Chirurgie die Blosslegung des Larynxinnern durch äusseren Schnitt, die Auskratzung und Excision als Regel angenommen werden wird. Ref. operirte zur Zeit einen Patienten behufs Entfernung eines Larynxpolypen mittelst Tracheotomie mit folgender Laryngofissur und Entfernung der Neubildung. Unerwarteter Weise war die Neubildung ein tuberculöser Polyp, wie man ihn nur bei anscheinend intacten Lungen und da noch in

seltenen Fällen findet; die Heilung ging gut von Statten, der Larynx heilte vollständig und Patient ging in späteren Jahren an Lungenschwindsucht zu Grunde. Vielleicht wird die Zeit nicht mehr ferne sein, wo unter günstigen Allgemeinverhältnissen jede Phthisis laryngea mittelst Laryngofissur und chirurgischer Localbehandlung, wie selbe für maligne Neubildungen überhaupt Regel ist, behandelt wird. Der Referent.
Dr. P. K.

Connexion des Larynx mit dem motorischen Nervensystem. (Des relations du larynx avec le système nerveux moteur.) Von DDr. Felix Semon und Victor Horsley. (Congrès international de Berlin nnd Archives de laryngologie No. 4.)

Bei den organischen, fortschreitenden, vom Bulbus gegen die Peripherie ziehenden Erkrankungen der motorischen Larynxnerven werden zuerst die Abductoren, bei functionellen Erkrankungen aber der motorischen Larynxmuskeln zuerst die Adductoren ergriffen (Semon und Rosenbach). Dies Princip brachte einen Umschwung in der Pathologie der Larynxneurosen. Verff. datiren ihre ersten Versuche vom Jahre 1881 und geben die Resultate jetzt schon, obgleich selbe noch nicht ganz abgeschlossen sind, weil in letzter Zeit sich andere, ihrer Meinung nach irrthümliche Theorien geltend machen. Verff. bitten, während des Lesens ihrer ganzen Abhandlung folgende Thatsache immer im Auge zu behalten: „Der Larynx hat bekanntlich 2 Functionen; die erste, respiratorische ist automatisch und nur bis zu einem gewissen Grade dem Willen unterworfen, welcher dann das Respirium modificiren kann; die zweite, phonatorische ist exclusiv willkürlich und nur in einigen Fällen (Lachen, Weinen, Husten) als Reflexbewegung anzusehen; beide Functionen sind nur in einem gewissen Sinne antagonistisch, der Phonationsact kann sich natürlich nicht ohne Respirationsact ausführen, während die Respiration ganz unabhängig von der Phonation ist; das Princip, dass bei den phonatorischen Bewegungen der Stimmbänder sowohl, als bei den respiratorischen die Innervation der antagonistischen Muskelgruppen sich zugleich mache, ist also falsch.“ Verff. nehmen der Reihe nach die Medulla oblongata, die Corticalsubstanz und die zum Larynx führenden Nerven unter Betrachtung ihrer phonatorischen und respiratorischen Functionen durch und geben die Endresultate ihrer Experimente mit den daraus zu folgernden Schlüssen. Die Medulla oblongata hat ihr eigenes Respirationscentrum für den Larynx, unabhängig von dem in ihr enthaltenen, die Thoraxbewegungen leitenden Centrum; es ist doppelseitig; ein Phonationscentrum besteht nothwendiger Weise auch im Bulbus, sei es nur wegen der Leitung aus der Corticalsubstanz und den Pyramiden; Vulpian hat dieses schon bewiesen; Reizung bringt Adduction der Stimmbänder hervor; die Abduction, welche auch beobachtet wurde, führen Verff. auf die Wirkung der Anaesthetica, namentlich des Aether zurück. Laut den neueren Untersuchungen ist es nicht festgestellt, ob die Ursprünge der motorischen Larynxnerven im Bulbus vom Ramus internus des Accessorius Willisii oder vom Vagus herstammen; ob die Recurrentes blos motorische oder zugleich centripetale Fasern haben, ist auch noch nicht entschieden; ob ein Unterschied zwischen den die antagonistischen Larynxmuskeln innervirenden Nervenfäden oder

in der biologischen Constitution dieser Muskeln selbst besteht, kann auch nicht endgiltig entschieden werden; Verff neigen zu letzterer Ansicht. In der Corticalsubstanz besteht ein Respirationscentrum des Larynx, abgesehen vom Respirationscentrum der Lungen; jederseits in der Corticalsubstanz besteht an der Basis der dritten Gehirnwindung ein bilateral wirkendes Phonationscentrum, welches bei Reizung eine Adduction der Stimmbänder hervorruft; dies Experiment ist klinisch sehr wichtig (Spasmus glottidis, Aphonia spastica, einseitige Lähmung centralen Ursprungs besteht nicht, motorische Aphasie ist verschieden von Aphasie). Verff. haben die aus dem Grosshirn austretenden Fasern nebst der Capsula interna untersucht und sind noch zu keinen bestimmten Resultaten gekommen.

Dr. P. K.

Diphtheritische Lähmung der Respirations-Muskeln, besonders des Zwerchfells. Genesung. (Diphtheritic Paralysis of Respiratory Muscles, Including Diaphragm. Recovery.) Von Geo. W. Rachel, New-York. (Med. and Surg. Reporter, 26. Juli 1890.)

Sehr interessanter Fall. Der ursprüngliche Diphtherie-Anfall der 4jähr. Patientin verlief binnen 15 Tagen und war mittelschwer. Einzige Complication: Vereiterung einer unter dem linken Kieferwinkel gelegenen Drüse, welche incidirt wurde. Der Process war auf den Mandeln und in der Nase localisirt. 2 Wochen später zeigten sich zeitweilig Lähmungssymptome, welche die Nackenmuskeln und die unteren Extremitäten afficirten (Baumeln des Kopfes und Stolpern, selbst Hinfallen auf ebener Erde).

Am 30. resp. 45. Tage entwickelte sich plötzlich ein gefahrdrohender Zustand: Grosse Dyspnoë mit periodisch eintretenden Hustenversuchen, die aber keine Expectoration hervorbringen konnten, und ein abnormer Respirationsmodus. Ausserdem war das Kind nicht im Stande, sich zu bewegen und es bestand Strabismus links. Temperatur wenig erhöht, Puls 120, Resp. 52. Nieren frei. Zahlreiche Rasselgeräusche — keine Dämpfung.

Der Athmungstypus war folgender: Bei der Inspiration rückten Bauchwandungen und -Inhalt aufwärts; beim Beginn der Exspiration fielen sie plötzlich durch ihr eigenes Gewicht herab. Dieses passive Verhalten war nur durch eine Lähmung des Zwerchfells erklärlich. Da die grossen Bauchmuskeln und die Scaleni auch nicht functionirten, so ward die active Athmung nur durch die Thätigkeit der Mm. Serrati und der Zwischenrippenmuskeln, sowie durch die Elasticität der Lungen und des Brustkorbes ermöglicht.

Die Schleimanhäufung im Pharynx wurde durch oft tagelanges Auswischen mit dem Finger behoben, da das Kind weder räuspern noch ausspeien konnte. Subcutane Injectionen von Strychnin, $^1/_2$ bis 1 Milligr. pro dosi. Im Ganzen wurden davon 3 Centigramm verbraucht; einige Male trat Strangurie auf. — Faradisation. Die Bauchmuskeln reagirten schon am 4. Tage. Am 5. Tage hörten die schweren Anfälle von Dyspnoë auf. Am 7. Tage verlor sich die Aphonie etwas und die Thränensecretion, welche völlig sistirt hatte, stellte sich wieder ein. Am 18. Tage sass die Kleine auf, am 27. konnte sie stehen und am 32. Tage wurde sie aus der Behandlung entlassen.

Wegen weiterer Details sei auf die in vieler Beziehung interessante Original-Arbeit verwiesen. W. Fr. (N.-Y.)

Ueber Trachealtumoren. (Sur les tumeurs trachéales.) Von Dr. Paul Koch. (X. internationaler Congress in Berlin. Laryngol. Section.)

Verf. betont das viel seltenere Vorkommen der Geschwülste der Trachea als passivem Organ, gegenüber dem so häufigen Vorkommen der Tumoren des Larynx als activem und allen Insulten ausgesetzten Organ. Zwei in letzter Zeit tödtlich verlaufene Fälle dienen zur Vervollständigung des klinischen Bildes, der Diagnose, der Prognose und besonders der Therapie der Trachealtumoren. Die bis jetzt etwas arme Literatur der Trachealtumoren wird durch den Vortrag mehr weniger vervollständigt. Die in den meisten Fällen etwas schwierige laryngoscopische Diagnose wird durch die von Gerhardt und Kilian empfohlene Methode etwas erleichtert; das laryngoscopische Bild aber giebt keinen so sicheren Anhaltspunkt für die Grösse des Tumors, als der Grad der bestehenden Dyspnoe. Am Schlusse seiner Abhandlung kommt Verf. zu folgenden, der Discussion empfohlenen Schlussfolgerungen: 1) Die Trachealtumoren erlangen nothwendiger Weise eine gewisse Grösse, ehe die Patienten selbst darauf aufmerksam werden und ehe deshalb der Arzt zu Rathe gezogen wird. 2) Das Trachealpfeifen zeugt von einer relativ grossen Entwicklung des Tumors, welcher das Leben bedroht und die prophylactische Tracheotomie erfordert. 3) Die Exstirpation per vias naturales soll nur bei kleinen Tumoren und bei geringem Grade von Dyspnoe versucht werden. 4) In allen Fällen ohne Ausnahme muss die tiefe Tracheotomie gemacht werden; sie ist das einzige Mittel, um die Dyspnoe sicher zu heben und keine Blutung zu erhalten. 5) Zur Operation muss man immer recht lange Canülen, die vierblättrige Canüle von Demarquay, eine lange Koenig'sche und die Tamponcanülen zur Hand haben.

Dr. P. K.

Werth der Gastrotomie bei Oesophaguscarcinom. (Valeur de la gastrotomie dans le cas de cancer de l'oesophage.) Von Dr. Vinaut. (Thèse de Paris und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20.)

Dank der Antisepsis und den manuellen Fortschritten der Chirurgie ist die Gastrotomie der permanenten Magensonde vorzuziehen. Die Kranken leben entschieden länger, obschon die Operation nur palliativ ist.

Dr. P. K.

Oesophaguscarcinom. Gastrotomie. (Cancer de l'oesophage, gastrotomie.) Von Dr. Delassus. (Journal des sciences médicales de Lille und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20.)

Ein 51jähriger Patient, mit Oesophaguscarcinom behaftet, liess an sich die Gastrotomie ausführen; Tod am 9. Tage nach der Operation ohne nachweisbare Ursache. Die Section ergab 10 Centimeter vom Cardia entfernt ein typisches Encephaloid, dessen microscopische Untersuchung Epithelioma ergab. Verf. räth an, die Operation immer auszuführen und sucht seine Ansicht zu begründen; man kann sich etwas mehr von den falschen Rippen entfernen, als die classischen Gesetze es vorschreiben;

man soll die Bergmann-Terrillon'sche Canüle anwenden und vom ersten Tage an die ernährenden Clystiere geben. Dr. P. K.

Neue Symptome der Basedow'schen Krankheit. (Nouveaux signes de la maladie de Basedow.) Clinique du docteur Charcot. (Bulletin médical und Gazette médicale de Liége No. 21.)

Die classische Triade, wie sie bis jetzt allgemein angenommen wird, ist nicht ganz constant; auf der anderen Seite treten recht oft andere Symptome hinzu, welche für sich allein, bei anscheinendem oder wirklichem Fehlen der drei classischen Symptome, zur Diagnose des Leidens verhelfen. Charcot giebt nun diese Symptome: 1) Es besteht in Ausnahmefällen Hyperthermie, dabei ist der Urin aber nicht fieberhaft: der Harnstoff ist nicht vermehrt, das Urobilin ist kaum nachweisbar. 2) Das Zittern ist fast constant; es ist regelmässig, unwillkürlich, klein aber rasch; während es bei Paralysis agitans blos 3—5 Mal in der Secunde auftritt, kommt es bei der Basedow'schen Krankheit 8—9 Mal per Secunde vor. 3) Das constante Gefühl von Wärme, Thermophobie genannt; Patienten decken sich immer im Bette auf und sie schwitzen auch wirklich. 4) Eine Pareplegie der Beine, welche Prof. Charcot das „In die Kniee fallen" nennt; es tritt ohne Schwindel, ohne Verlust des Bewusstseins, plötzlich, ohne concomittirende Blasenerscheinungen (zum Unterschied von Tabes) auf. 5) Nervöser Husten, Diarrhoe sind nicht so constant. Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Kiesselbach: Stimmgabel und Stimmgabelversuche II. — Schmiegelow: Eine neue im Munde vorgefundene Bacterie. — Suchannek: Pathologisch-Anatomisches über Rhinitis acuta, speciell Influenza-Rhinitis. — Onodi: Fall von Pharyngitis fibrinosa chronica (mit 2jähriger Dauer). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken (Fortsetzung). — Sandmann: Zur Physiologie der lufthaltigen Räume des Schädels. — b) Rhinologische: Schaeffer: Bericht über 1000 adenoide Vegetationen. — Griffin: Die Radicalbehandlung der Nasenpolypen. — Patrzek: Ueber Verbiegungen der Nasenscheidewand. — Treitel: Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase. — Flatau: Ueber ein Befestigungsinstrument für das Voltolini'sche Nasenspeculum. — Trautmann: Electrischer Beleuchtungs-Apparat für Ohr, Nase, Nasenrachenraum etc. — Hewitt: Bemerkungen über die Verabreichung von Anästheticis in Fällen von Operationen in der Nase und dem Munde. — c) Pharyngo-laryngologische: Krause: Zur Frage der Localisation des Kehlkopfes an der Grosshirnrinde. — Lange: Ein seltener Fall von Idiosyncrasie gegen Tannin bei äusserlichem Gebrauche. — Kuttner: Zur Frage der Pachydermia laryngis. — Massei: Primäres Erysipel des Pharynx und des Larynx. — Le Bec: Exstirpation der Zunge, des weichen Gaumens, der linken Mandel: Ligatur der Arteria lingualis, Resection des Maxillaris; prophylactische Tracheotomie. — Page: Ein Fall von Gaumentumor. — Gradle: Zur Operation der hypertrophischen Rachenmandeln. — Kahn: Zur Casuistik des Herpes gutturalis. — Flesch: Ueber die Behandlung des Stimmritzenkrampfes. — Schaeffer: Kehlkopfsentzündung mit Ausgang in Abscessbildung nach Influenza. — Scheinmann: Pyoctanin gegen tuberculöse Ulcerationen im Kehlkopf und in der Nase. — Huber: Intubation des Kehlkopfes. — Clark: Bemerkungen über den Bellhusten des Pubertätsalters. — Kruse und Cahen: Plötzlicher Tod durch Hyperplasie der Thymus während der Tracheotomie. — Cramer: Die Massage in der Behandlung acuter Catarrhe der Halsorgane. — Thost: Ueber Papillome in den oberen Luftwegen. — Luc: Beitrag zur Lehre von der Heilbarkeit der Larynxtuberculose mittelst chirurgischer Behandlung. — Semon und Horsley: Connexion des Larynx mit dem motorischen Nervensystem. — Rachel: Diphtheritische Lähmung der Respirationsmuskeln, besonders des Zwerchfells. — Koch: Ueber Trachealtumoren. — Vinaut: Werth der Gastrotomie bei Oesophaguscarcinom. — Delassus: Oesophaguscarcinom. Gastrotomie. — Charcot: Neue Symptome der Basedow'schen Krankheit.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, Mai 1891.** **No. 5.**

I. Originalien.

Operative Entfernung eines durch misslungene Extractionsversuche in die Trommelhöhle gerathenen Fremdkörpers.

Von

Prof. Dr. **Jos. Gruber.**

Am 27. December 1889 consultirte mich Herr M. L., 25 Jahre alt, Kaufmann aus Witebsk in Russland, wegen seines Ohrleidens. Ueber die Entstehung desselben theilte er mir Folgendes mit:

Drei Wochen vor dem obengenannten Tage kratzte er sich mit einem hölzernen Federstiel, an dessen Ende sich eine kleine Kugel befand, im linksseitigen Gehörgange, wobei die Kugel abbrach und im Gehörgange zurückblieb. Er consultirte sofort einen Arzt, welcher es versuchte, mit verschiedenen Instrumenten den Fremdkörper zu entfernen, dem es aber trotz eifriger Bemühung nicht gelang. Patient begab sich einige Tage später nach Riga, wo man seiner Angabe zufolge neuerlich Extractionsversuche machte, durch welche, wie er meinte, der Körper nur noch tiefer eingebohrt wurde. Bei all' diesen Versuchen verursachte man ihm starke Schmerzen.

Schon nach den ersten operativen Eingriffen stellten sich entzündliche Erscheinungen im Ohre ein, welche sich jetzt bedeutend steigerten und Patienten veranlassten, seine Reise zu mir anzutreten.

Bei seinem ersten Besuche klagte der von der weiten Reise und von seinem Leiden stark angegriffene, mässig fiebernde Kranke über Schmerzen im Ohre und im Kopfe. Er war über seinen Zustand sehr besorgt, und dies um so mehr, als man ihm schon in seiner Heimath eine schwere Operation in Aussicht stellte.

Die erste von mir vorgenommene Untersuchung zeigte folgenden Status praesens:

Hinter der linken Ohrmuschel, welche normal inserirte und auch sonst keine Anomalie zeigte, ist die Haut bis auf ungefähr 2 Ctm. vom Insertionswinkel nach rückwärts mässig geröthet und geschwollen, dabei erhöhte Druckempfindlichkeit an dieser Stelle. Vor und unter der Muschel sind die Gebilde normal.

Im äusseren Gehörgange zeigen sich die Weichgebilde hochgradig geschwollen und geröthet, sehr empfindlich bei Berührung. Die Lichtung des Gehörganges so sehr verengt, dass es selbst bei gesenktem Unterkiefer nicht gelingt, auch nur den engsten Ohrtrichter einzuführen. Die enge Spalte, welche zwischen den Gehörgangswandungen noch besteht, ist mit dickem gelben Eiter erfüllt, dessen Menge bei Senkung des Unterkiefers sich etwas steigert.

Trotz sorgfältigster Reinigung des Gehörganges durch Ausspritzen und Aussaugen mit geeigneten Apparaten, gelang es nicht, so viel Licht in den Gehörgang zu bringen, dass man selbst nur den knorpeligen Theil übersehen konnte.

Unter solchen Verhältnissen war es natürlich nicht möglich, den Standort des Fremdkörpers mit dem Auge zu eruiren. Da der Kranke mit vollster Gewissheit angab, dass die Holzkugel noch tief im Ohr stecke, so suchte ich dieselbe durch vorsichtiges Sondiren zu entdecken. Ich führte bei geöffnetem Munde des Kranken und bei guter Beleuchtung eine gewöhnliche chirurgische Knopfsonde, die im stumpfen Winkel abgebogen war, in der Richtung der Längsaxe des Gehörganges in diesen, konnte auch ungefähr 4 Ctm. tief vordringen und stiess dann nach hinten und oben auf einen Körper, der in der That holzig anzufühlen war, und bei dessen Berührung der Kranke die Aeusserung machte: „Da ist es!“ Die Berührung des Körpers mit der Sonde verursachte ihm keine Schmerzen, und mir verschaffte die Sondenuntersuchung die Gewissheit, dass der Fremdkörper sich in der Tiefe des Ohres vorfindet.

Um mich noch weiter zu orientiren, brachte ich die Luftdouche mit und ohne Benutzung des Ohrcatheters in Anwendung. Der Catheter konnte mit der grössten Leichtigkeit in die Tuba Eust. eingeführt werden; die Entleerung des Ballons erforderte wohl einen etwas grösseren Kraftaufwand als dies im Normalen der Fall ist, aber ich konnte ganz genau wahrnehmen, und die Angaben des Kranken bestätigten meine Annahme, dass die Luft gegen die Trommelhöhle vordringt. Das Otoscop konnte bei so hochgradig verschwollenem Gehörgange selbstverständlich nicht in der gewöhnlichen Weise in Anwendung gebracht werden, wenn aber das Ansatzstück desselben so in den Gehörgang gebracht wurde, dass seine Oeffnung der engen Lichtung des Gehörganges entsprach, konnte man bei der Entleerung des Ballons ein Geräusch wahrnehmen, das man wohl mit Sicherheit als ein solches erkennen konnte, wie es erzeugt wird, wenn die Luft durch die Eust. Röhre gegen die Trommel-

höhle streicht; wie weit sie aber in die letztere vordringt, das war nicht möglich zu bestimmen. Mit Sicherheit wurde aber der Mangel eines Perforationsgeräusches constatirt. Dass der Fremdkörper sich noch im Ohre befinde, stand fest, dass derselbe höchst wahrscheinlich durch das Trommelfell in die Trommelhöhle gelangt sei, musste ich vermuthen aus seinem Standorte (4 Ctm. von der äusseren Oeffnung des Gehörganges erreichte ihn die Sonde), sowie aus den Auscultationserscheinungen.

Das rechte Ohr zeigte sich vollkommen normal. Hörweite links für die Taschenuhr so weit reducirt, dass sie nur beim Anlegen an die Kopfknochen gehört wird. Weber'scher Versuch positiv.

Da am Tage der Ankunft des Kranken, wo er von der Reise noch sehr ermüdet war, ein operativer Eingriff gerne vermieden wurde und andererseits auch die Erscheinungen zu einem solchen Verfahren nicht sehr drängten, versuchte ich vorerst, den Gehörgang durch Einlegen einer in Cocainlösung getränkten Wieke zu erweitern, musste aber schon nach wenigen Minuten dieselbe entfernen, da sich die Schmerzen zu sehr steigerten. Ich gab nun dem Kranken die Weisung, sich in eine Heilanstalt zu begeben, tagsüber durch Ruhe, Antiphlogose und schmerzstillende Mittel sein Leiden zu lindern und stellte für den nächsten Tag die operative Entfernung des Fremdkörpers in Aussicht.

Als ich am nächsten Tage in der Privatheilanstalt des Herrn Dr. Löw den Kranken wiedersah, hatte sich der Zustand nur insoweit geändert, dass Patient mehr über Schmerzen klagte, was ihn auch bestimmte, um schleunige Ausführung der Operation zu bitten.

Da an die Möglichkeit einer Entfernung auf dem Wege des äusseren Gehörganges bei der Enge desselben gar nicht zu denken war, konnten nur jene Operationsverfahren in Betracht kommen, durch welche wir einen directen Zugang zu dem Fremdkörper und gleichzeitig den Weg zu seiner Herausbeförderung herzustellen im Stande sind.

Ich hatte mir folgenden Operationsplan festgesetzt:

Zunächst wollte ich die Ohrmuschel nach der von v. Tröltsch angegebenen Methode durch einen Bogenschnitt von oben und hinten umschneiden und die Weichgebilde mit geeigneten Instrumenten von der hinteren und theilweise von der oberen Gehörgangswand vom Knochen so weit als möglich trennen. Nachdem dies geschehen, sollte in der so geschaffenen Höhle nach dem Fremdkörper gefahndet und derselbe, wenn möglich, auf diesem Wege entfernt werden.

Falls der Körper in der Trommelhöhle eingekeilt gefunden würde und in anderer Weise nicht herausgebracht werden konnte, dann sollte nach der von mir angegebenen Methode, durch Wegnahme der hinteren und theilweise der oberen knöchernen Gehörgangswand, die Höhle nach rückwärts erweitert und der Körper aus derselben herausgeschafft werden*).

Am 29. December 1889 wurde der Kranke in die Narcose versetzt und unter Assistenz der Herren Doctoren Gustav Kolischer und Zinner die Operation vorgenommen. Nach Loslösung der Weichgebilde vom Gehörgang, wobei die Blutung durch Unterbindung zweier Gefässe

*) Vergl. mein Lehrbuch der Ohrenheilkunde, I. Auflage, Seite 429, und II. Auflage, Seite 402.

gestillt werden musste, konnten wir den Fremdkörper ganz deutlich mit der Sonde in der Tiefe fühlen, waren jedoch nicht im Stande, ihn weder mit der Pincette, noch mit geeigneten Zangen zu fassen. Derselbe war im hinteren Theile der Trommelhöhle so fest eingekeilt, dass auch nicht die geringste Bewegung möglich war. Nun schritt ich zur Wegnahme der hinteren Gehörgangswand. Anfangs wurde die Entfernung mit Hammer und Meissel und zwar unter grosser Vorsicht und in äusserst dünnen Schichten vorgenommen. Dabei wurde der Meissel so angesetzt, dass die Trennung von hinten aussen und oben nach vorne innen und unten und zwar mit sehr schwachen Hammerschlägen erfolgte. Es handelte sich mir bei Anwendung des Meissels mehr um Wegnahme der äusseren Abschnitte der Gehörgangswand, da ich in der Tiefe mehr den scharfen Löffel, mit dem ich vorsichtiger operiren konnte, in Anwendung bringen wollte.

Nachdem ich etwa eine 3 Mm. dicke Knochenschicht mit dem Meissel entfernt hatte, ging ich mit dem scharfen Löffel ein und kratzte vorsichtig von dem Fremdkörper nach rückwärts die Knochensubstanz weg. Von Zeit zu Zeit ging ich immer wieder mit der Sonde ein, um zu untersuchen, ob der Fremdkörper bereits gelockert sei. Die Operation dürfte etwa 20 Minuten gedauert haben, als ich bei neuerlicher Sondirung den Fremdkörper beweglich fand. Ich versuchte ihn jetzt durch Ausspritzen noch etwas mehr aus seinem Standorte zu lockern, und als ich darauf mit einer entsprechend gekrümmten Zange einging, konnte ich ihn mit der grössten Leichtigkeit fassen und herausziehen. Die Holzkugel, welche etwas aufgequollen war, hatte jetzt einen Durchmesser von 6 Mm.; getrocknet zeigt sie einen Durchmesser von 5 Mm.

Nach Entfernung des Fremdkörpers wurde sowohl von der Wunde als vom äusseren Gehörgange aus mit Salicyllösung ergiebig irrigirt und unter Benutzung des Catheters die Luftdouche angewendet. Dabei strömte jetzt die Luft mit starkem Perforationsgeräusch durch den äusseren Gehörgang. Nach neuerlicher Irrigation, um alles Exsudat, welches aus den Räumen des Mittelohres durch die Luftdouche in den Gehörgang getrieben wurde, zu entfernen, wurde die Wunde hinter dem Ohre durch die Knopfnaht vereinigt und in den äusseren Gehörgang eine aus Jodoformgaze bereitete dünne Wieke gelegt. Die ganze Ohrgegend wurde dann antiseptisch verbunden und die Weisung gegeben, den Verband nur im Nothfalle zu lüften.

30. December. Der Kranke befand sich in den letzten 24 Stunden ganz wohl, hatte fast gar keine Schmerzen, schlief ganz ruhig die Nacht durch und zeigte auch heute nicht die geringste Fieberreaction. Verband demzufolge nicht erneuert.

Nachdem dieser Zustand des Besserbefindens auch in den nächsten Tagen, wo der Kranke auch ganz guten Appetit zeigte, anhielt, wurde erst am 2. Januar 1890 der Verband gewechselt. Dabei zeigte sich keine auffällige Reaction an den vereinigten Wundrändern hinter dem Ohre, ja die Röthung und Schwellung der Haut in der Warzengegend, welche vor der Operation bestand, war ganz geschwunden. Die Wieke im Gehörgange war wohl von Eiter durchtränkt, lag aber sehr locker im Gehörgange. Nach deren Wegnahme und zweckmässiger Reinigung des letzteren fanden wir das Lumen desselben viel weiter. Ich konnte

mit Leichtigkeit meinen Ohrtrichter No. 2 einführen, mit dem Reflector so viel Licht einwerfen, dass ich die tieferen Ohrtheile genau besehen konnte. Es zeigten sich die Gebilde des Gehörganges an seinem tiefsten Abschnitte noch sehr geschwollen und geröthet und ebenso war das Trommelfell bedeutend entzündet. Beim Valsalva'schen Versuche presste der Kranke mit grösster Leichtigkeit und unter starkem Perforationsgeräusch die Luft durch eine ziemlich weite, am hinteren Segmente des Trommelfelles befindliche Lücke, deren Rand nicht genau eruirt werden konnte. Die Lage des Hammers konnte noch nicht unterschieden werden. Der Kranke klagte über mässiges Pulsiren im Ohre ohne nennenswerthen Schmerz. Die Taschenuhr hörte er beim Anlegen an die Ohrmuschel und an die Kopfknochen. Weber'scher Versuch positiv. Es wird jetzt eine starke Jodoformwieke in den Gehörgang gebracht, um durch Druck die Verwachsung der weichen Gehörgangsgebilde mit dem Knochen zu unterstützen und im Uebrigen der Verband wie oben geschildert angelegt.

Am 3. Januar befand sich der Kranke sehr wohl, desgleichen am 4. Januar, an welchem Tage die Hefte aus der Wunde, welche vollständig verwachsen war, entfernt wurden. Unter nahezu ganz gleicher localer Behandlung, die ohne jedwelche intercurrirende Störung geübt werden konnte, schritt die Besserung des Kranken so weit vor, dass er am 18. Januar 1890 die Krankenanstalt verlassen konnte. Er erschien noch durch nahezu eine Woche täglich in meiner Ordination und reiste schliesslich, nahezu vollständig geheilt, in seine Heimath. Die Weichgebilde des Gehörganges waren innig mit dem Knochen verwachsen, das vordere Segment des Trommelfelles zeigte eine nahezu normale Beschaffenheit, der Hammer war deutlich sichtbar, am hinteren Segmente des Trommelfelles befand sich eine linsengrosse Perforation, deren Rand theilweise vom Gehörgangsrande gebildet war und von der inneren Wand der Trommelhöhle deutlich abstand. Secretion äusserst minimal. Die Hörweite für die Taschenuhr betrug jetzt 37 Ctm., das Pulsiren hatte ganz aufgehört und auch sonst klagte der Kranke nicht über die geringste Beschwerde. So verliess mich der Patient mit den nöthigen Verhaltungsmassregeln und dem Auftrage, falls er in Zukunft irgend eine Beschwerde im Ohre verspüren sollte, oder wenn nach einiger Zeit Ausfluss aus dem Ohre eintreten sollte, mich davon zu verständigen, was der im höchsten Grade befriedigte Kranke gewiss gethan hätte, wenn sich Veranlassung hierzu geboten hätte.

Ich glaube, dieser Fall ist geeignet, die Zweckmässigkeit der von mir empfohlenen Operationsmethode zur Entfernung der in der Trommelhöhle eingekeilten Fremdkörper zu illustriren, und deshalb habe ich mir erlaubt, denselben an dieser Stelle mitzutheilen.

Ueber das Vorkommen der sogen. „hyalinen Kugeln" im Gewebe der Schleimpolypen der Nase etc. nebst Bemerkungen über die hyalinen Körper des Rhinoscleroms.

Von

E. M. Stepanow in Moskau.

Seitdem Pellizari[1]) und bald darauf Cornil[2]) das Vorkommen der colloiden oder hyalinen Körper im Gewebe des Rhinoscleroms entdeckt und beschrieben haben, sind dieselben stets Gegenstand der Forschung geblieben. Die Autoren sind bemüht gewesen, die genetische Beziehung dieser hyalinen Gebilde zu den Rhinosclerombacillen festzustellen und klarzulegen, ob die hyalinen Körper einen unbedingt nothwendigen und diagnostisch verwerthbaren Befund für das Rhinosclerom abgeben.

Obwohl die Wissenschaft gegenwärtig über einen beträchtlichen Vorrath von werthvollen Thatsachen verfügt, hat doch die Lösung dieser Frage das Gebiet der Hypothese und der Voraussetzungen noch immer nicht verlassen.

Fasst man die Ergebnisse der betreffenden Forschungen kurz zusammen, so kommt man zu folgenden Schlüssen:

1) dass alle Autoren, mit Ausnahme Dittrich's[3]), die hyalinen Körper im Gewebe des Rhinoscleroms gefunden haben;

2) dass die hyalinen Körper keineswegs allein bei Rhinosclerom, sondern auch in verschiedenen pathologischen Producten (Kemedi, cit. nach Mibelli[4]), im Gewebe syphilitischer Ulcerationen an den Genitalien, bei Elephantiasis, Sycosis der Oberlippe (Del Chiappa[5]) angetroffen werden, aber auch nirgend so zahlreich, als gerade bei Rhinosclerom, und

3) dass die Entstehung derselben unter Einfluss der Rhin.-Bacillen von den meisten Autoren als mehr oder weniger wahrscheinlich angenommen wird.

Der letzte Satz wird besonders von Mibelli hervorgehoben und in dessen neuester Arbeit[6]) consequent durchzuführen gesucht. Daher erlaube ich mir etwas näher auf diese Arbeit einzugehen.

Mibelli nimmt an, dass die Rhinoscleromzellen unter der Einwirkung der Bacillen einer zweifachen Entartung anheimfallen, einer hyalinen und einer hydropischen, und obwohl er in den hyalinen Körpern keine

---

[1]) Ref. in Ann. de Derm. et de Syph., 1883, T. IV, No. 9.

[2]) Le rhinosclérome. Progrès med. 1883, S. 587.

[3]) Ueber das Rhinosclerom. Zeitschrift für Heilkunde, Bd. VIII, Heft 2 und 3.

[4]) Un caso di rinoscleroma. Giorn. ital. delle malattie ven. e delle pelle. Anno XXIII, S. 158.

[5]) Sul valore diagnostico di cosi detti globi jalini del rinoscleroma. Anno XXIII, S. 187.

[6]) Beiträge zur Histologie des Rhinoscleroms. Monatshofte für practische Dermatol. Bd. VIII, No. 12.

Rhin.-Bacillen gefunden, so schreibt er doch die Entstehung derselben ausschliesslich der Einwirkung der Bacillen zu (worauf, seiner Meinung nach, mitunter die Anwesenheit elliptischer hyaliner Körper, die leicht färbbar und den Bacillen ähnlich, aber etwas grösser als diese sind, hinweisen soll).

Um eine zweifache Entartung als Folge von einer und derselben Ursache vermeiden zu können, greift Mibelli zur Hypothese und sagt auf Grund derselben ausdrücklich: „So würde der Inhalt jener grossen Zellen, die wir hydropische Zellen nannten, die Gloea vorstellen, welche eine grössere Menge Wasser absorbirt hat und in Folge dessen ausserordentlich weich, amorph, nicht leicht sichtbar und schwer zu färben ist. Der Inhalt jener colloiden Zellen dagegen wäre demnach die nämliche Gloea, aber in einem gewissen Stadium der Eintrocknung und daher stärker lichtbrechend, härter, von bestimmter Form und immer leicht, wenn auch in verschiedener Intensität, je nach dem Grade ihrer Trockenheit, färbbar“ ... „Nach der nämlichen Hypothese,“ fährt der Autor fort, „würden die kleinen colloiden elliptischen Körper Bacillen vorstellen, welche von einem zweiten Gloeamantel bedeckt sind, der sich ganz färbt und das centrale Stäbchen nicht sehen lässt. Die sphärischen oder facettirten Körper würden ebenfalls Bacillen vorstellen, denen ein dritter Gloeamantel diese Form nothwendiger Weise verleihen muss“ ... „Die colloide Substanz in Fingerform, welche wir mitunter ebenfalls antreffen, würden kleine Ketten von Bacillen vorstellen, von einem gemeinsamen Mantel trockener Gloea umgeben.“ „Trotzdem,“ sagt Mibelli schliesslich, „müssen wir zugeben, dass die Hypothese im Grunde nur zwei positive Thatsachen für sich hat, nämlich erstens die Gewissheit, dass die Rhinosclerombacillen in Culturen die Fähigkeit besitzen, Gloea zu produciren, und zweitens die Thatsache, dass es gelingt, die Bacillen mit ihren Hüllen im Rhinoscleromgewebe nachzuweisen.“

Indem ich mich an das Studium der histologischen Structur des Rhinoscleroms machte an der Hand von zwei eigenen Fällen (der erste — ein Rhinoscleroma nasi et laryngis, ein zweiter — Rhin. nasi et pharyngis) und an Gewebsstücken, welche von einem Kranken entnommen waren, dessen Krankheitsgeschichte von Dr. Bojew[7]) und Dr. Nikiforoff in Moskau veröffentlicht worden, fasste ich zunächst die Frage von der Entstehung und der Bedeutung der hyalinen Körper in Bezug auf Rhinosclerom ins Auge.

Hyaline Körper resp. hyaline Zellen habe ich in allen drei Fällen gefunden, freilich aber in sehr verschiedener Anzahl, und dies nicht blos bei den drei verschiedenen Subjecten, sondern auch in verschiedenen Gewebspartien, die von einem und demselben Kranken stammten.

Im ersten Falle fand ich in Stückchen aus der Nase ausschliesslich oder doch fast ausschliesslich Mikulicz'sche Zellen, wogegen die hyalinen Körperchen beinahe ganz oder mitunter auch ganz fehlten; dagegen waren in anderen Stückchen diese vorherrschend, während die Mikulicz'schen Zellen ausnahmsweise zu finden waren. Letzteres beobachtete ich hauptsächlich beim ersten Patienten an Gewebstheilen aus der Nase nach längerer Milchsäurebehandlung, gleichfalls an Schnitten von den wahren

[7]) Ein Fall von Rhinosclerom. Monatsschrift f. Ohrenheilk. No. 3, 1889.

Stimmbändern nach dem Tode des Patienten. Doch möchte ich gleich bemerken, dass bei dem betreffenden Kranken längere Zeit hindurch Erweiterung der Stimmritze mittelst englischer Catheter vorgenommen worden war. Endlich fand ich in einer dritten Reihe von Schnitten beide Arten vertreten, bald mehr, bald weniger zahlreich.

Bei meinem zweiten Patienten fand ich die hyalinen Körperchen äusserst spärlich vorhanden, wogegen die Mikulicz'schen Zellen durch ihre schöne Ausbildung und enorme Anzahl geradezu imponirten.

Im dritten Falle schliesslich fand ich beide Arten von Zellen in mässiger Menge.

Freilich bieten drei Fälle ein viel zu geringes Material, um auf Grund desselben endgiltig etwa folgenden Schluss ziehen zu wollen: Zwischen der Menge der Mikulicz'schen und der von den hyalinen Körpern besteht eine gewisse Wechselbeziehung, die so aufzufassen ist, dass, je mehr in einer Gewebspartie von den Mikulicz'schen Zellen vorhanden, gleichzeitig um so weniger hyaline Körper zu finden sind, und umgekehrt.

Ich erlaube mir hier, diesen Schluss nur deshalb ausgesprochen zu haben, um die Aufmerksamkeit künftiger Beobachter auf eine gewisse Beziehung beider Arten von Körpern gegen einander zu lenken.

Jetzt will ich zu der weit wichtigeren Frage von der Abhängigkeit der hyalinen Degeneration von der Einwirkung der Rhinosclerombacillen übergehen.

Die Lösung derselben konnte offenbar nur dann in positivem Sinne erwartet werden, wenn die Microben in allen oder wenigstens in den meisten hyalin degenerirten Zellen zu finden gewesen wären. Aber alle meine Bemühungen zur Erreichung dieses Zweckes durch einige Modificationen der Färbemethoden gaben keine ganz befriedigenden Resultate.

Freilich waren in vielen hyalinen Schollen und von einzelnen Gewebspartien, in den meisten von ihnen, namentlich beim ersten Pat., reichlich Bacillen resp. deren Residuen vorhanden; andere Gewebspartien (namentlich nach Milchsäurebehandlung) waren äusserst reich an hyalinen Schollen, an denen man deutlich wahrnehmen konnte, wie sich die hyaline Substanz um die einzelnen Bacillengruppen abgelagert und diese letzteren unter diesem Vorgange ihr characteristisches Aussehen eingebüsst hatten. Aber zugleich muss hervorgehoben werden, dass unter diesen eine beträchtliche Anzahl von hyalinen Körpern von Bacillen scheinbar vollkommen frei waren und in meinem zweiten und dritten Falle die überwiegende Mehrzahl ausmachten.

Bei dieser Arbeit drängten sich mir folgende interessante und werthvolle Thatsachen auf. Ich habe gefunden, dass diejenigen hyalinen Körper, die stets von Bacillen frei waren, sich von den übrigen Körpern auszeichneten: 1) durch auffallende Beständigkeit und Regelmässigkeit ihrer äusseren Form, indem dieselben vorherrschend in Kugelform, hin und wieder auch in elliptischer oder Halbmondform auftraten und 2) durch intensivste Färbbarkeit mit den üblichen Anilinfarben. Dieselben traten gewöhnlich als isolirte Kugeln von verschiedener Grösse oder auch in Gruppen von bald grösseren, bald kleineren Kugeln, oder selbst gleichzeitig von verschiedenem Caliber auf. Der Kürze halber will ich solche Gruppen von hyalinen Körpern „hyaline Kugeln" nennen.

Dagegen zeichneten sich die hyalinen Körper, in denen oft Bacillen vorhanden waren, aus 1) durch ihre äusserst variablen und unregelmässigen Formen, von denen blos Abbildungen eine Vorstellung geben könnten, 2) durch geringere Färbbarkeit mit Anilinfarben (Gentiana, Fuchsin) im Gegensatze zu den „hyalinen Kugeln", so dass man in der schwach gefärbten Substanz derselben die intensiv gefärbten Bacillen leicht wahrnehmen konnte. Zum Unterschiede von den hyalinen Kugeln möchte ich diese als „hyaline Schollen" bezeichnen. Doch muss man hier zugeben, dass weitaus nicht in allen Schollen dieser Kategorie Bacillen vorhanden waren, wohl aber in sehr vielen; und dennoch liegt der Gedanke sehr nahe, dass alle diese Schollen, selbst die bacillenfreien, ihre Entstehung den Microben verdanken, weil sie in microchemischer und morphologischer Beziehung alle gleichwerthig sind.

Jetzt drängte sich mir von selbst die Frage auf, welche Bedeutung diesen hyalinen Kugeln zukommt, und ob es, abgesehen von den oben angeführten Gründen, gerechtfertigt wäre, dieselben in eine besondere Gruppe auszusondern.

Eine befriedigende Antwort auf diese Frage geben einerseits die Arbeit Del Chiappa's, andererseits meine eigenen Controluntersuchungen, die ich an verschiedenen Objecten vorgenommen habe.

Aus der Beschreibung Del Chiappa's ist ersichtlich, dass seine bei Sycosis etc. gefundenen hyalinen Körper mit meinen hyalinen Kugeln identisch sind.

Als ich, um mich von der Richtigkeit der Angaben Del Chiappa's zu überzeugen, die Randpartien callöser Geschwüre (Ulcus callosum cruris) von 2 Patienten, von denen einer syphilitisch war, untersuchte, da fand ich in denselben zahlreiche hyaline Kugeln, die vollkommen identisch waren mit denen des Rhinoscleroms, auch fand ich jene elliptischen hyalinen Körper, welche Mibelli für Bacillen ansieht, die von einem „zweiten Mantel" aus hyaliner Substanz bedeckt sind

Aus Mangel an entsprechendem Material untersuchte ich probeweise einen Schleimpolypen der Nase, und es glückte mir, schon im ersten Schnitte hyaline Kugeln zu finden; daher dehnte ich meine Untersuchungen auf Schleimpolypen der Nase, Ohrenpolypen und adenoide Wucherungen aus.

Unter 21, von 17 Patienten entnommenen und von mir untersuchten Polypen gehören 9 (nach der Classification Hopmann's) zu den Schleimpolypen, 6 zu den polypösen Hyperplasien, 4 zu den gemischten und schliesslich 2 zu den Papillomen der unteren Muschel.

Die Objecte wurden in Alcohol gehärtet, die Schnitte mit den Zielschen Gentiana- und Fuchsinlösungen oder mit Methylviolett in Anilinwasser oder aber in $^1/_{10}$procent. Lösung caustischen Kali's gelöst, gefärbt und weiterhin nach Gram bearbeitet.

In allen 21 Polypen ohne Ausnahme waren hyaline Körper vorhanden, welche ihrer Form und Färbbarkeit nach vollkommen identisch waren mit den oben erwähnten „hyalinen Kugeln" des Rhinoscleroms. In ihrer Anzahl höchst variabel, waren dieselben offenbar vom histologischen Bau und dem Alter der Polypen abhängig. Am leichtesten waren sie, mit einigen Ausnahmen, in den Schleimpolypen zu finden. Die Anzahl der hyalinen Kugeln schwankte zwischen 1—2 Exemplaren in den einzelnen

Schnitten, ausnahmsweise aber bis 15 und 16 in einem und demselben Gesichtsfelde (bei geringer Vergrösserung). Häufiger fand ich sie an den peripheren Theilen des Polypen, seltener an den centralen Stellen; hin und wieder waren sie an einzelnen Abschnitten dichter gruppirt.

Viel ärmer an hyalinen Kugeln waren die polypösen Wucherungen und die gemischten Polypen.

In einem der beiden Papillome waren dieselben sehr zahlreich, im anderen äusserst spärlich vorhanden.

Von den adenoiden Wucherungen wurden 8 Exemplare (von 8 Personen) untersucht. In allen waren hyaline Kugeln vorhanden, doch in geringerer Menge.

Ohrenpolypen wurden 5 untersucht. In 2 älteren fanden sich hyaline Kugeln sehr zahlreich, in 2 jüngeren sehr spärlich. Im fünften, der sehr reich an Blutgefässen war, fand ich, trotz zahlreich angelegter Schnitte, keine einzige Kugel, sowie auch in dem Adenom, das vom knorpeligen Theile des Septi narium entfernt worden war.

Diese hyalinen Kugeln waren in morphologischer und microchemischer Hinsicht vollkommen identisch mit denen des Rhinoscleroms, sehr selten wurden auch hier, wie beim Rhinosclerom, elliptische und halbmondförmige Körper beobachtet. Auch hier waren sie in Zellenprotoplasma eingebettet, wobei sie den Zellenkern verdrängt hatten und schliesslich, nach Zellenruptur, frei geworden waren.

Die Amyloidreaction konnte ich an diesen Kugeln nicht constatiren.

Es folgt somit, dass die hyalinen Kugeln ein ganz gewöhnlicher Befund sind in den Nasenpolypen, adenoiden Wucherungen etc., ebensowohl wie im Rhinoscleromgewebe, und dass sie in einzelnen Polypen zahlreicher gefunden werden, als in manchen Fällen von Rhinosclerom. Daher hiesse es den Thatsachen Gewalt anthun, wollte man die Entstehung der hyalinen Kugeln ausschliesslich der Einwirkung der specifischen Rhinosclerom-Bacillen zuschreiben.

Somit wird auch klar, dass den hyalinen Kugeln, selbst wenn sie sehr zahlreich in einem Gewebe gefunden werden, absolut kein diagnostischer Werth zukommt.

Aber eine gewisse Bedeutung gewinnt die andere Kategorie von hyalinen Gebilden, die ich als „hyaline Schollen“ bezeichnet habe. Da ich diese ausschliesslich beim Rhinosclerom gefunden habe, so glaube ich annehmen zu dürfen, dass das Vorhandensein derselben im zu untersuchenden Gewebe einen gewissen diagnostischen Werth besitzt, während das Fehlen derselben noch nicht gegen das Rhinosclerom zu verwerthen ist.

Auf Grund der mitgetheilten Thatsachen wird die Hinfälligkeit der Hypothese Mibelli's offenbar. Ich stimme diesem Autor bei, dass die Rhinosclerombacillen die hyaline Degeneration und die Entstehung eines Theiles der hyalinen Körper bewirken, fasse diesen Process aber etwas anders auf. Ich nehme an, dass nach dem Eindringen der Bacillen in das Protoplasma der Zellen das Schicksal dieser vollständig abhängt einerseits von der Widerstandsfähigkeit der Zellen, andererseits von der vitalen Energie der Bacillen.

Im ersten Falle werden sich die Bacillen in den Zellen vermehren

und die sogen. „hydropische Degeneration“ ihres Protoplasma's, den Untergang der Zellen und deren Verwandlung in eine Colonie von Microben bewirken; im entgegengesetzten Falle werden die Zellen hyalin degenerirt, gehen schliesslich ebenfalls zu Grunde, aber dem gleichen Schicksale verfallen auch die Bacillen, indem sie in den „hyalinen Schollen“ gleichsam begraben scheinen. Die hyaline Degeneration der Zellen wäre nach dieser Auffassung eine Aeusserung der vis medicatrix naturae, welche den befallenen Organismus vor einer grenzenlosen Vermehrung der Bacillen bewahrt.

Von diesem Gesichtspunkte aus erklärt sich ungezwungen, weshalb in einer Reihe von Fällen die „hydropische Degeneration“ der Zellen vorherrscht, wogegen die hyalinen Körper sehr spärlich vorhanden sind, und weshalb in anderen Fällen (z. B. nach längerer Milchsäurebehandlung, Bougirung der Stimmritze) die hyalinen Körper, in denen Microben eingebettet sind, überwiegen.

Ist es richtig, so würde vielleicht das eingehende Studium der Ursachen, welche diese Degeneration herbeiführen, neue Anhaltspunkte für die Bekämpfung dieser hartnäckigen Krankheit ergeben.

Hier erlaube ich mir blos auf den Druck als einen solchen Factor hinzuweisen, dessen wohlthätige Wirkung bei Laryngostenose in Folge von Rhinosclerom schon häufig beobachtet worden ist.

Daher wäre es wünschenswerth, wenn methodisch angewendeter Druck auch fernerhin versucht werden würde, wo die Localisation des Rhinoscleroms dieses gestattet.

Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen.

Von

Dr. **A. Ónodi**,

Docent für Nasen-, Rachen- und Kehlkopf-Krankheiten in Budapest.

III.

Seit der Publication der zweiten Fortsetzung habe ich noch Experimente ausgeführt, welche, insgesammt an der Zahl acht, das gleiche Resultat gegeben haben, nämlich, dass in den Bahnen der Communicanten zwischen Plexus brachialis und Sympathicus, ferner in dem doppelten Grenzstrang zwischen unterem sympathischen Halsganglion und erstem Brustganglion vom Rückenmark kommende Fasern enthalten sind, welche an der Innervirung der Kehlkopfmuskulatur entschieden Theil nehmen. Es wurden sechs Experimente knapp nach dem Tode und zwei im lebendigen Zustande ausgeführt.

In einem nach dem Tode ausgeführten Experimente ergab die Reizung des Grenzstranges zwischen unterem Halsganglion und erstem Brustganglion immer eine Abduction des entsprechenden Stimmbandes. Diese Erscheinung konnte ich nur ein Mal beobachten.

Die früheren, in grosser Zahl ausgeführten Experimente haben gezeigt, dass nach dem Tode die Reizung der unteren Kehlkopfnerven immer nur zum Schluss der Stimmritze führten.

Die bezeichneten sympathischen Zweige verlieren früher ihre Leitungsfähigkeit nach dem Tode, als die unteren Kehlkopfnerven.

Mehrere Experimente habe ich ausgeführt mit der Durchschneidung beider Vagi, um das Verhalten der Stimmbänder und der Stimmritze zu beobachten.

Die Beobachtung war auffallend, indem die Stimmbänder bei der Exspiration sich rhythmisch der Mittellinie näherten und manchmal beinahe sich berührten. In einem Falle, wo unter dem Zungenbeine der Kehlkopfeingang geöffnet wurde, ist nach der Durchschneidung beider Vagi ein so heftiger Glottiskrampf eingetreten, dass eine Canüle zwischen die Stimmbänder gesteckt werden musste. In einem anderen Falle gab das Thier trotz der Durchschneidung beider Vagi hohe Töne. Bei all' diesen Experimenten blieben die unteren Kehlkopfnerven und die bezeichneten sympathischen Verbindungen intact.

Drei Experimente galten chemischen und mechanischen Reizversuchen der unteren Kehlkopfnerven.

In einem Falle wurde durch den Stamm beider unteren Kehlkopfnerven ein in Chromsäure getauchter Seidenfaden geführt. Die Stimmbänder haben ihre rhythmischen Bewegungen bei In- und Exspiration weiter gemacht, aber die Stimmritze konnten sie nicht mehr schliessen, die Stimmritze wurde allmählig immer grösser bis zur Cadaverstellung. Medianstellung der Stimmbänder ist nicht eingetreten, weder Contractur der Verengerer noch Reflexcontractur, obgleich der Laryngeus superior intact war.

Bei zwei Experimenten wurden beide untere Kehlkopfnerven in Sperrpincetten versetzt, es ist die Cadaverstellung der Stimmbänder eingetreten. Nach Entfernung der Pincette (5 — 6 Minuten) ist die rhythmische Bewegung der Stimmbänder langsam und allmählig wieder eingetreten. Es war weder Medianstellung noch Reflexcontractur zu beobachten.

In einem Falle, wo die beiden unteren Kehlkopfnerven in Sperrpincetten versetzt waren und Cadaverstellung eintrat, wurden nachfolgend beide Vagi durchschnitten, ohne die geringste Veränderung hervorzurufen.

* * *

Mehrere Experimente habe ich ausgeführt, welche die Thatsache ergaben, dass nach dem Tode die Nervenfasern der Erweiterer früher ihre Leitungsfähigkeit verlieren als jene der Verengerer. Zu diesem Zweck habe ich die einzelnen Nervenfäden isolirt und mit den isolirten Nerven bei vier Thiergattungen, u. zw. am Hunde, Schwein, Rind und Schaf, experimentirt. Die Experimente haben dasselbe Resultat ergeben, nur in dem Zeitraum war eine Differenz zu constatiren. Am lebenden Hunde konnte ich mit schwachen Strömen dasselbe erzielen, wenn die einzelnen Nerven chemisch gereizt wurden.

Bei allen an den vier Thiergattungen nach dem eingetretenen Tode vorgenommenen Experimenten war das Resultat beweiskräftig, dass die isolirten Nerven der Erweiterer, unter denselben äusseren Verhältnissen, am frühesten ihre Leitungsfähigkeit verlieren. Am schönsten war dies am Schafe zu beobachten; knapp nach dem Tode — die Präparation und Isolirung nahm 16 Minuten in Anspruch — konnte man mit schwachen und starken Strömen nicht die geringste Reaction der Erweiterer erzielen, da die blendend weissen, unverletzten, isolirten Erweitererfasern 16 Minuten nach dem Tode ihre Leitungsfähigkeit vollständig verloren hatten. Die directe Berührung der Erweiterer ergab sofort starke Contraction. Die isolirten Nerven der Verengerer leiteten ganz gut den Strom eine halbe Stunde nach dem Tode.

Die Thatsache, dass nicht nur die Erweiterer, sondern auch ihre Nerven früher absterben, ist eine experimentelle Bekräftigung der Rosenbach-Semon'schen Lehre.

* * *

Jelenffy hat behauptet, dass der Erweiterer auch im Stande wäre, den Stimmfortsatz der Arytaenoidknorpel nach innen zu drehen. Meine anatomischen und experimentellen Untersuchungen haben diese Hypothese nicht bestätigen können. Was anatomisch nicht zu constatiren war, hat auch das Experiment völlig ausgeschlossen. Ich habe am lebendigen Hunde ausser den Posticus und Lateralis alle Muskeln entfernt und den Stamm des Recurrens bei Controlle der Stimmbänder gereizt. Man konnte sich überzeugen über den vollständigen Antagonismus in der Wirkung beider Muskeln, bei der Reizung kam immer die Wirkung des stärkeren Muskels zur Geltung, je nachdem der eine oder andere Muskel durch Incisionen einzelner Muskelbündel geschwächt wurde, und wenn beide Muskeln fast gleich stark blieben, resultirte die Reizung eine neutrale Fixirung des Stimmfortsatzes des Arytaenoidknorpels.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Otitis media suppurativa chronica

kam in 803 Fällen zur Beobachtung und wurde nach den üblichen Prinzipien behandelt. Die zahlreichen Patienten, welche Fisteln über dem kurzen Fortsatze aufwiesen, wurden der Behandlung mit Ausspülung des oberen Trommelhöhlenraumes durch die Hartmann'sche Canüle unterzogen. War der Substanzverlust im Trommelfell und über dieses hinaus gegen

den Gehörgang hin sehr gross, wurde die Ausspülung des Atticus oder Antrums mitunter mit der Borsäureeinblasung in diese Räumlichkeiten combinirt. Es folgen hier zwei darauf bezügliche Krankengeschichten.

1) N., Schneider, stellt sich am 5. December wegen Ohrenflusses rechterseits vor, der seit März 1889 bestehe. Anno 1885 wurden Polypen aus demselben Ohre entfernt. Der Gehörgang zeigt sich mit Eiter erfüllt, das Trommelfell ist im hinteren oberen Quadranten perforirt, die innere Wand der Paukenhöhle von leicht granulirender Mucosa bekleidet. Die Nische des ovalen Fensters ist ohne Stapes sichtbar, aus dem oberen Trommelhöhlenraume kommen gelbgrünliche Epithelmassen; es werden Einträufelungen mit

Rp. Natr. carbon . . } āā 0,50
Acidi carbolici . }
Aquae . . . . } āā 10,00 verordnet.
Glycerini . . . }

Nach täglichem Gebrauche dieses Medicamentes gelingt es am 9. December, ein erbsengrosses, weisses, perlmutterartig schillerndes Cholesteatom aus dem oberen Trommelhöhlenraume auszuspritzen. Jetzt zeigt es sich, dass der Kopf des Hammers fehlt, und von diesem nurmehr der Griff, in Verbindung mit dem Trommelfelle, erhalten ist. Es wird nun Borsäure in den oberen Trommelhöhlenraum eingeblasen. 15. December: Bei täglicher Ausspülung des oberen Trommelhöhlenraumes und nachträglicher Borsäure-Insufflation in denselben hat die Otorrhoe sistirt, sind die Granulationen an der inneren Paukenwand geschwunden und zeigt der Ueberzug derselben dieselbe sehnig-graue Farbe, wie die sichtbaren Theile der Atticusauskleidung. 29. December: Nachdem bis heute keine Spur von Otorrhoe mehr wahrzunehmen war, wurde Patient geheilt entlassen mit der Weisung, von Vierteljahr zu Vierteljahr zur Untersuchung an die Klinik zu kommen.

2) P. M, Schulmädchen, 11 Jahre alt, leidet seit Monaten an Otorrhoe links. Links findet sich Zerstörung des Trommelfelles bis auf den Hammergriff. Die Mucosa tympani granulirend; nach hinten unten wuchert ein über erbsengrosser Polyp von drusiger Oberfläche in den Gehörgang hinein. Therapie: Luftdouche, Borsäure. 18. October: Bei dieser constant durchgeführten Behandlung ist der Polyp allmählig zur Schrumpfung gekommen, hat sich die Schleimhaut der Paukenhöhle geglättet, ist abgeschwollen, so dass man hinter dem Hammergriffe deutlich den langen Ambosschenkel und das Stapesköpfchen sehen kann. 29. November: Die Mucosa überall abgeschwollen, blass, sclerosirt. Flüstersprache 50 Ctm. Gr. glaubt, die Borsäure trage nicht bei zum Schwinden der Polypen, wohl aber könne ihre antiseptische Wirkung zum Erlöschen der Entzündung beitragen und so vielleicht indirect zum Schwinden von Granulationen; eine Erscheinung, die ja auch bei der Anwendung anderer antiphlogistischer Mittel beobachtet wird.

Otitis media suppurativa chronica cum polypo

kam 55 Mal zur Beobachtung. In einer Reihe von Fällen wurde experimenti causa die blosse Borsäurebehandlung behufs Erzielung der Schrumpfung der Polypen eingeleitet, und konnte in zahlreichen Fällen der Beginn derselben mit Sicherheit constatirt werden. In den meisten

dieser Fälle wurde aber dann doch zur Schlinge gegriffen, weil es sich um Individuen handelte, deren Beruf oder Stellung das tägliche Besuchen des Ambulatoriums durch längere Zeit nicht gestattete. Anbei folgt die Krankengeschichte eines Falles, wo ein erbsengrosser, drusiger Polyp durch die genannte Behandlung allein zur vollständigen Schrumpfung gelangte. (Schluss folgt.)

Beiträge zur Frage von den Perforationen in der Membrana flaccida Shrapnelli mit Bemerkungen über die Bildung des Cholesteatoms. Von E. Schmiegelow in Kopenhagen. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXI, 3. u. 4. Heft.)

Bezüglich der Entstehungsweise der Entzündungen im Shrapnellischen Raume ist Sch. der Ansicht, dass dieselben meist tubalen Ursprungs, und nicht, wie in letzter Zeit behauptet worden ist (Walb, Bezold, cf. diese Monatsschrift 1889, pag. 263), vom äusseren Gehörgange her fortgeleitet sind. Der Annahme des häufigen Vorkommens eines Foramen Rivini müsse er widersprechen auf Grund macroscopischer wie microscopischer Trommelfelluntersuchungen (Schnittserien), insofern er niemals auch nur eine Andeutung eines offenstehenden Foramen habe constatiren können; die Untersuchung in vivo aber gebe leicht Anlass zu Verwechselung taschenartiger Vertiefungen in der Membran mit Oeffnungen in derselben. Was aber die Fortpflanzung von Entzündungen im äusseren Gehörgang auf die Shr. Membran überhaupt betreffe, so sei die furunculöse und eczematöse Otitis ext. von vornherein ausgeschlossen, weil dieselben entsprechend der histologischen Beschaffenheit der Gehörgangshaut nur im knorpeligen, jedenfalls nicht im tiefsten Theil des knöchernen Meatus angetroffen würden. Dagegen könne wohl die an's Trommelfell angrenzende dünne, periostähnliche Haut des Gehörgangs durch Druck fremder Körper, speciell Ohrschmalzpfröpfe, exulceriren und auf diese Weise die Shr. Membran in Mitleidenschaft gezogen werden; doch seien diese Fälle jedenfalls seltene. Andererseits aber kann der Autor in der Isolirung und Fixirung der durch die Tube auf die Paukenhöhle fortgepflanzten Entzündung in der Membr. Shrapnelli nichts Auffälliges finden, wenn er die gleichfalls localisirten Entzündungen im Antrum und Warzenfortsatz hiermit vergleicht und dabei in Betracht zieht, dass ebenso wie dort, auch im Shr. Raume, in dem von Politzer beschriebenen und vom Autor gleichfalls nachgewiesenen Höhlensystem, die günstigsten Bedingungen zur Stagnation der Secrete gegeben sind, während in der übrigen Paukenhöhle selbst die Entzündung längst abgelaufen sein kann. — Eine weitere Ursache der langen Dauer der Entzündungen im Shr. Raume sei ferner die Tendenz derselben zur Cholesteatombildung. Gegen die neueste Theorie der Epidermiseinwanderung vom Gehörgange her hebt der Autor hervor, dass sich für eine solche nirgends eine Analogie finden lasse; dagegen weist er auf die Thatsache hin, dass oftmals durch den Druck stagnirenden Secrets Schleimhautepithelien in Hohlräumen eine metaplastische Veränderung erleiden, so dass die Schleimhaut einen ausgesprochen epidermoidalen Character annehmen kann und mit Rete Malpighii versehen wird. Solche einer metaplastischen Epidermoisirung günstigen Verhältnisse seien auch

im Ohr, und zwar besonders im Antrum, Warzenfortsatz, sowie im Shr.-Raume gegeben, doch könne derselbe Prozess auch an allen anderen Stellen der Paukenhöhle vor sich gehen. Durch massenhafte Abstossung und Retention der oberflächlichen Epithellagen komme es schliesslich zur Cholesteatombildung. — Verfasser stellt sich somit auf die Seite der Troeltsch'schen Anschauung über die Genese der Perlgeschwülste im Ohre.

Keller.

Fremdkörper im Ohr. Von Prof. F. Bezold. (Berliner klin. Wochenschrift No. 26, 1888.)

Fremdkörper im Ohre werden oft nicht durch ihre einfache Anwesenheit gefährlich, sondern durch missglückte Extractionsversuche. Solche Fälle kommen öfter vor, als sie publicirt werden.

Bezold führt zehn Fälle aus der Literatur an, wo missglückte Extractionsversuche bei Fremdkörpern im Ohre Meningitis oder Sinusphlebitis mit tödtlichem Ausgange zur Folge hatten.

Es folgt dann die ausführliche Krankengeschichte eines Falles, wo ein 6jähriges Kind sich einen Johannisbrodkern in's Ohr gesteckt hatte und ein Arzt instrumentelle Extractionsversuche ohne Narcose vorgenommen hatte.

Bezold versuchte in Narcose bei herabhängendem Kopfe durch Wasserinjectionen, ferner mit scharfen Häkchen und Löffeln vergeblich zu entfernen. Als 30 Tage danach hohes Fieber, Schmerzen und Schwellung hinter dem Ohre, Taubheit und die Symptome einer beginnenden Meningitis eintraten, wurde der Warzenfortsatz eröffnet und zugleich ein Theil der hinteren knöchernen Gehörgangswand aufgemeisselt. Einige Stunden nach der Operation starb das Kind.

Die Section ergab Meningitis basilaris und es zeigte sich, dass der Fremdkörper sich innerhalb des knöchernen Sulcus auf den Boden der Trommelhöhle gesenkt und seine Spitze auf die Steigbügelplatte gedrückt hatte.

Die Reflexerscheinungen in entfernten Organen fasst Bezold nicht, wie andere Autoren, als Reflexneurosen, sondern als blosse Anfangssymptome von Meningitis auf.

Aus dem obigen Falle zieht Bezold folgende Schlüsse:

a) Ist ein Fremdkörper nach Rupturirung des Trommelfelles in die Trommelhöhle gelangt, und lässt eine bestehende hochgradige Schwerhörigkeit oder Taubheit auf Verletzung der Steigbügelplatte schliessen, so soll, wenn die Entfernung nicht anders möglich gewesen ist, die knöcherne hintere Gehörgangswand nach dem Vorschlage von Gruber abgemeisselt werden. Die Operation ist in diesem Falle lebensrettend, da es sonst durch directe Fortleitung von der Fenestra ovalis auf's Labyrinth, Aquaeduct. cochleae, Porus acuticus int. zur Meningitis kommt.

b) Ist noch Hörvermögen vorhanden, kann man bei Fruchtkernen eine Wasserentziehung durch Glycerin- oder Alcoholeinträufelung, und sonst eine Wasserinjection von der Tuba aus versuchen. Wenn schliesslich bei Vorhandensein eines Fremdkörpers im Ohre es zu Entzündungserscheinungen am Processus mastoideus gekommen ist, wird derselbe

aufgemeisselt und im Anschlusse daran die Abtragung der hinteren knöchernen Gehörgangswand mittelst Meissel, insbesondere bei Kindern, indicirt.

Zur bacteriellen Diagnostik und Prognostik der Mittelohreiterungen. Von Prof. Dr. Moos in Heidelberg. (Deutsche med. Wochenschrift No. 44, 1888.)

M. bestätigt durch drei genau ausgeführte Krankengeschichten die Richtigkeit der von Zaufal gemachten Beobachtungen:

1) Dass bei der gemeinen Otitis media acuta, welche in Begleitung von Nasencatarrh und Erkrankung der Luftwege auftritt, der Pneumoniebacillus Friedländer und der Diplococcus Fränkel-Weichselbaum eine wichtige Rolle spielen.

2) Dass die von der Otitis media suppurativa abhängigen ernsten Complicationen vom Streptococcus pyogenes veranlasst werden, der Nachweis desselben im Mittelohrsecrete daher von der grössten Wichtigkeit ist.

Der erste Fall betrifft einen Diabetiker mit Otitis media purulenta chronica dextra. Nach 5monatlichem Bestande derselben teigige Anschwellung am rechten Processus mastoideus. Wilde'scher Schnitt, dabei nur schwer durch Digitalcompression zu stillende Blutung. Heilung. In dem aus dem Warzenfortsatze entleerten Eiter finden sich zahlreiche Streptococcen und Diplococcen, insbesondere Diplococcus Fränkel-Weichselbaum.

Derselbe bacteriologische Befund ergab sich beim zweiten beschriebenen Falle von Otitis media acuta dextra, operirt wegen complicirender Entzündung des Warzenfortsatzes.

Der dritte Fall betrifft eine Otitis media suppurativa chronica mit Polypen- und Cholesteatombildung. Complicationen: Caries processus mastoidei, Sinusphlebitis, Meningitis basilaris, Kleinhirnabscess; Exitus letalis. Hier fanden sich grosse Massen von Streptococcen in den Cholesteatombildungen.

Die bacteriologischen Befunde an den beschriebenen 3 Fällen ergänzen demnach die erwähnten Angaben Zaufal's und beweisen ihre Wichtigkeit in Bezug auf die Stellung der Diagnose und Prognose bei Mittelohreiterungen.

---

b) Rhinologische:

Ueber adenoide Vegetationen. (Lymphoid Hypertrophy in the Pharyngeal Vault.) Von Jonathan Wright, Brooklyn, N.-Y. (The Journ. of the Am. Med. Assoc., 23. August 1890.)

Als neu möchten wir aus dem sehr ausführlichen Bericht nur hervorheben, dass Verf. die im Allgemeinen schmal gebaute Nase der Amerikaner, sowie den bedeutenden Temperaturwechsel ätiologisch mit verantwortlich macht für die Häufigkeit dieser Krankheit in der hiesigen Gegend. Er operirt mit der Zange von Gradle, Chicago. (Die Gottstein'sche Zange ist hier zu Lande noch ziemlich unbekannt, trotzdem sie so vorzüglich arbeitet. Ref.) W. Fr. (N.-Y.)

Ueber die Wichtigkeit der chirurgischen Behandlung des Nasenrachenraumes bei Catarrh desselben und des Mittelohres. (The Importance of Surgical Means Applied to the Naso-Pharynx in the Relief of Naso-Pharyngeal and Middle-Ear Catarrh.) Von C. W. Richardson, Washington, D. C. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 13. Septbr. 1890.)

R. spricht für die Amalgamirung der beiden Specialitäten (Ohren und Nasen) und bricht noch einmal eine Lanze für die Behandlung der Nase und des Rachens bei sehr vielen Ohrenkrankheiten. (Es ist vielleicht für die Vereinigten Staaten zutreffend, wenn man sagt, dass 80 pCt. aller Ohrenkranken einer rhinologischen Behandlung bedürfen. Ref.)

W. Fr. (N.-Y.)

Deformitäten des Gesichts und des Thorax in Folge von Obstructionen durch adenoide Vegetationen. (Facial and Thoracic Deformities Incident to Obstruction by Adenoid Hypertrophy in the Naso-Pharynx.) Von W. E. Casselberry, Chicago, Ill. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 20. Septbr. 1890.)

Die Beweisführung des Verf.'s ist eine sehr eigenthümliche und bedarf noch in manchem Punkte der Bestätigung. Er bespricht zunächst den eigenthümlichen Gesichts-Ausdruck bei Kindern mit aden. Vegetationen und erklärt dann, dass durch das Offenhalten des Mundes der Luftdruck auf die Mundfläche des harten Gaumens so gross ist, dass derselbe sich emporwölben muss. Ist dies der Fall, so wird das Septum zusammengepresst und es entsteht eine Deviation desselben. Diese hinwiederum verursacht eine Hypertrophie der Muscheln und jetzt beginnt dieser unheimliche Circulus vitiosus nach unten zu wirken. Wir bekommen Husten mit allen seinen Folgen. Zu diesen gehört der emphysematöse Thorax, die sogen. Hühnerbrust u. s. w. — Die flache Brust entsteht natürlich in Folge mangelhafter Athmung bei verstopfter Nase.

W. Fr. (N.-Y.)

Acute Abscesse der Nasenscheidewand mit bleibender Nasendeformation. (Des Abcès chands de la cloison nasale et d'une deformation nasale concomitante et définitive.) Von Dr. Gouguenheim. (Congrès international de Berlin und Annales des maladies de l'oreille No. 9.)

Seltene Fälle, von denen Verf. 3 beobachtete; ein 5- und ein 3jähr. Kind nebst einer 22jähr. Frau. Einseitig oder doppelseitig Bei doppelseitigen ist die Naseneinsenkung unter den Nasenbeinen, sowie das Breiterwerden des Lobulus der Nase characteristisch; fluctuirende, ohne Speculum sichtbare Tumoren, die bei der Punction Flüssigkeit ergeben. Bei einseitigen fehlen diese Symptome, nur der Tumor ist sichtbar und die Nasenscheidewand ist auf der entgegengesetzten Seite nicht eingesunken. Bei hereditärer Anlage thut man gut, die bacteriologische Untersuchung des Eiters vorzunehmen, was auch bei der 22jährigen Patientin geschehen ist. Trauma lässt sich nicht immer nachweisen. Das Einsenken der Nase, welches gewöhnlich bleibt, kommt nicht von der theilweisen Zerstörung der knorpeligen Nasenscheidewand, wie Mackenzie und Moure behaupten, denn in den vorliegenden Fällen war der Nasen-

scheidewandknorpel unversehrt geblieben. Deformation tritt nur ein, wenn die knorpelige Scheidewand sich auf der Lamina perpendicularis oder dem Vomer luxirt, wie schon die Experimente von D. Mollière in Lyon bewiesen haben. Dr. P. K.

Käsige Coryza (Rhinitis cholesteatomatosa). (Coryza caséeux [rhinite cholestéatomateuse.) Von Dr. Wagnier. (Revue de laryngologie No. 20.)

Zuerst von Duplay beschrieben, sehr selten, so selten, dass manche Autoren sie gänzlich läugnen; sie entsteht auf ähnliche Weise, wie die Cholesteatome des Ohres durch Zurückhaltung des Secretes. Diese Massen spielen die Rolle eines Nasaltumors, sie können selbst perforiren; ihre Entfernung genügt zur Heilung. Dr. P. K.

Eigenthümlicher, angeborener Verschluss der Choanen. (Une fermeture singulière congénitale des choanes.) Von Dr. Onodi. (Revue de laryngologie No. 21.)

Ziemlich seltene Erscheinung, deren Entstehen noch nicht erklärt ist. Ein 18jähriger Mann zeigte einen theils knorpeligen, theils knöchernen Verschluss der rechten Choane; Heilung durch Galvanocauter.

Dr. P. K.

Reflexleiden von der Nasenmucosa ausgehend. Hysterische Anfälle durch Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln hervorgerufen. Asthmatische Anfälle geheilt nach Entfernung von Schleimpolypen. (Des affections reflexes provenant de la muqueuse nasale. Crises d'hystérie dues à une hypertrophie des cornets inférieurs. Accès d'asthme disparaissant après l'ablation de polypes muqueux.) Von Dr. Polo. (Gazette médicale de Nantes und Revue de laryngol. No. 1.)

Obschon in letzter Zeit viel Missbrauch mit diesem Causalnexus getrieben worden ist, so giebt Verf. doch zwei unzweifelhafte Fälle, von denen der erste durch Brennen der unteren Nasenmuscheln, der zweite durch Entfernung von Schleimpolypen geheilt wurde. Dr. P. K.

Perforation der Nasenscheidewand bei den Cementarbeitern. (Perforation de la cloison des fosses nasales chez les ouvriers en ciment.) Von Dr. Foulerton. (The Lancet und Revue de laryngol. No. 1.)

Die Perforation sitzt constant an der Grenze des Septum osseum und Septum cartilagineum nahe am Boden der Nasenhöhle. Das einzige subjective Symptom besteht in einem leichten Nasenfluss.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Nasensteinen mit Bemerkungen über deren Aetiologie. (Deux cas de rhinolithiase avec remarques sur l'étiologie.) Von Dr. Ottokar Chiari. (Annales des maladies de l'oreille etc. No. 1.)

Eine 22jährige Dame hat einen Nasenstein rechts zwischen mittlerer Nasenmuschel und Septum; es konnte sich blos um syphilitische Knochen-

necrose oder um Nasensteine handeln. Der entfernte Fremdkörper zeigte ein Stück Kork, umgeben von einer harten Kreideumhüllung. Der zweite Fall betrifft ein 12jähriges Mädchen, welches einen Stein links zwischen unterer Muschel und Septum hatte; der Kern war durch ein Stückchen Holz und die Schaale aus Kreide gebildet. Verf. bemerkt, dass die kreidige Schaale und deren Umgebung in allen solchen Fällen eine Menge Cocci enthält, und fragt sich, ob diese Microorganismen nicht eine active Rolle bei der Bildung der kalkigen Kruste bilden; der Rhinolith bildet eine Anziehungsfläche für die Bacterien, welche aus dem Nasenschleim die Kalksalze ausziehen und selbe auf den Fremdkörper niederschlagen.

Dr. P. K.

Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. (The removal of foreign bodies from the nose.) Von Johnson Taylor, Norwich. (Lancet, 8. Novbr. 1890.)

Nach einem in der Lancet vom 3. November 1888 gemachten Vorschlage wandte Verf. zur Entfernung eines Perlchens aus der Nase den halbseitigen Politzer auf der gesunden Seite mit sehr gutem Erfolge an.

Dr. M. Schm.

Tic douloureux in Folge einer Exostosis des Septum narium. (Tic Douloureux Resulting from an Exostosis on the Septum Narium.) Von E. M. Gilliam, Columbus, O.

Entfernung einer Exostosis septi narium verursachte in diesem Falle permanente Heilung von Tic douloureux, nachdem vorher die Dehnung des Nervus supra- und infraorbitalis mit nur zeitweiliger Besserung ausgeführt worden war.

W. Fr. (N.-Y.)

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Die Nerven-Versorgung des Geschmackssinnes. (The Nerve-Supply of the Sense of Taste.) Von John Ferguson, Toronto. (Medical News, 18. October 1890.)

Bei einem an Phthisis pulmonum leidenden Patienten zeigte sich seit 2 Jahren Verlust des Geschmacks auf der linken Seite der Zunge, bis zur Spitze hinreichend. Der hintere Theil der Zunge jedoch und der Schlund waren geschmacksempfindlich. Der Exitus letalis trat bald ein und es zeigte sich in der Fossa scaphoidea eine kleine Exostosis, welche auf den Nervus vidianus gedrückt und ihn so zerstört hatte. Die Degeneration hatte auch beide Aeste des N. vidianus ergriffen, war vom N. petrosus major auf die Chorda tympani übergegangen, von dort auf den Zungenast des 3 Zweiges des Trigeminus und dann auf den N. lingualis.

Dieser Fall beweist, dass die Geschmacksnerven-Versorgung für die Spitze und den vorderen seitlichen Theil der Zunge durch den Trigeminus geschieht. Ferner ist ersichtlich, dass der N. vidianus kein motorischer ist, und endlich, dass die Chorda tympani keine Geschmacksfasern ent-

hält für den hinteren Theil der Zunge und den Schlund. In Fällen also, wo in Folge einer Mittelohrenentzündung Geschmacksverlust an diesen Theilen eintritt, muss die Veranlassung irgend wo anders liegen. Verf. glaubt, dass die Fortleitung nur durch den Plexus tympanicus auf den Trigeminus und den Glosso-pharyngeus geschehen könne.

W. Fr. (N.-Y.)

Psoriasis der Zunge. (Psoriasis of the Tongue.) Von Max Thorner, Cincinnati, O. (The Cincinnati Lancet-Clinic, 24. Januar 1891.)

Demonstration eines interessanten Falles, der zufällig bei einem an Laryngitis leidenden Patienten gesehen wurde. W. Fr. (N.-Y.)

Bemerkungen über Zerstörung der Geschmacks-Empfindung nach Amputation der Zunge. (A Note upon Disturbance of the Sense of Taste after Amputation of the Tongue.) Von Frederik Peterson, New-York. (Medical Record, 30. August 1890.)

Nach den Untersuchungen des Verf.'s an 2 Männern, denen wegen Epithelioms die Zunge amputirt war, zeigte sich, dass in beiden Fällen die saure Geschmacks-Empfindung verloren gegangen war. Sonst waren Variationen in Bezug auf den Ort und die Intensität derselben vorhanden, ohne dass sich bestimmte Regeln für die einzelnen Geschmacks-Empfindungen aufstellen liessen. Jedoch scheint es, als ob auch an der Epiglottis Geschmacks-Papillen vorhanden wären. Das Geruchs-Vermögen war in dem einen Falle nach der Amputation gänzlich erloschen.

W. Fr. (N.-Y.)

Ein Fall von Hemiglossitis phlegmonosa. (A Case of Hemi-Glossitis Phlegmonosa.) Von Charles H. Knight, New-York. (Medical Record, 30. August 1890.)

Absolute Unbeweglichkeit der Zunge. Sehr starker Foetor ex ore. Rechte Zungenhälfte verdickt, hart und äusserst empfindlich. Tonsillen gross und entzündet. Ausserdem war die äussere Haut vom Kinn bis zum Os hyoid. braun verfärbt, geschwollen und schmerzhaft. Nach der Entleerung von Eiter — woher derselbe stammte, konnte nicht eruirt werden — verschwanden alle Symptome schnell. W. Fr. (N.-Y.)

Ueber aphtöse infectiöse Stomatitis. (De la stomatite aphteuse infectieuse) Von Dr. Hirtz. (Journal de méd. et de chirurgie pratique und Revue de laryngologie No. 5.)

Schüttelfrost, Prostration, Fieber, Albuminurie, Schlaflosigkeit, Hauteruptionen, selbst Abscesse. Im Anfangsstadium Tampons von feiner Watte, welche mit einer Mischung von 1 procent. Natron salicylicum und 2 procentiger Cocainlösung getränkt sind. Inhalationen von Althea mit Papaver, adstringirende Gurgelwässer, Chinin, Morphiumeinspritzungen, Naphtol und salicylsaures Bismuth als Darmantisepticum, Eier, Milch.

Dr. P. K.

Eine einfache und wirksame Methode zur Anaesthesirung der Pharynx-Tonsille. (A Simple and Effective Method of Anaesthetizing the Pharyngeal Tonsil.) Von J. E. Boylan, Cincinnati, O. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 23. August 1890.)

Das Instrument ist eine in gehöriger Weise abgebogene subcutane Injectionsspritze. Wenn man den an der Spritze befindlichen Kolben loslässt, federt die mit einem Schilde versehene Spitze hervor und man kann mit Leichtigkeit jede beliebige Flüssigkeit injiciren.

W. Fr. (N.-Y.)

Gefahrdrohende Blutung nach Tonsillotomie. (Hemorrhage following Tonsillotomy.) Von Max Thorner in Cincinnati. (Cincinnati Medical Society, Sitzung vom 16. Septbr. 1890. — Cincinnati Lancet-Clinic, 18. October 1890.)

23jähr. Mann, der schon eine Zeit lang wegen chronischer Otitis externa in Behandlung gestanden hatte. Tonsillen enorm vergrössert. Entfernung derselben mittelst des Physick'schen Tonsillotoms. Die Blutung unmittelbar danach etwas stärker als gewöhnlich, aber nicht beunruhigend. Den folgenden Morgen berichtet Pat., dass die Blutung die ganze Nacht hindurch angehalten habe. Die Untersuchung ergab, dass das Blut aus dem Tonsillenstumpf der rechten Seite heraussickerte. Während nun Anstalten getroffen wurden, um die Blutung zu stillen, wurde Pat. ohnmächtig, wobei die Blutung stand, ohne später wiederzukehren.

Th. zieht die Mackenzie'sche Modification des Physick'schen Tonsillotoms allen anderen Instrumenten vor. Nur bei harten, vergrösserten Mandeln sei vielleicht die Abtragung mittelst Galvanocaustik am Platze, aber auch nicht ganz ohne Gefahr. Das Verfahren mittelst Galvanopunctur sei langwierig und schmerzhaft, und nur in gewissen Ausnahmsfällen rathsam. Bei Anwendung der galvanocaustischen Schlinge sei Anätzung der Pharynxwand nicht zu vermeiden und das Verfahren daher ein grausames.

Discussion: Fitzpatrick hat eine sehr starke Blutung auftreten sehen bei einem 11jährigen Kinde, dem vergrösserte Tonsillen von sehr fester Consistenz exstirpirt worden waren. Die Blutung stand schliesslich von selbst. Er zieht ebenfalls die Guillotine allen anderen Instrumenten vor. — Thompson erwähnt den Fall eines erwachsenen Negers, bei welchem am vierten Tage nach der Operation eine arterielle Blutung aus dem Stumpfe auftrat. Sie wurde durch Anwendung von Stypticis gestillt. — Holmes hat einen Fall von arterieller Blutung nach Tonsillotomie und einen zweiten von ebenfalls arterieller Blutung nach Galvanopunctur der Tonsille, die von einem anderen Arzt ausgeführt worden war, zu beobachten Gelegenheit gehabt. A. Sch. (N.-Y.)

Blutungen nach Tonsillotomien nebst Beschreibung eines galvanocaustischen Tonsillotoms. (Haemorrhage after Amygdalotomy, with a Description of a Galvano-Cautery Amygdalotome.) Von Jonathan Wright, Brooklyn. (The New-York Med. Journal, 30. August 1890.)

Um die Gefahr der Nachblutungen nach Tonsillotomien zu beseitigen, hat Verf. an dem Mackenzie'schen Tonsillotom einen Platindraht so angebracht, dass er damit die Mandeln galvanocaustisch abschnüren kann. (An Stelle des schneidenden Messers ist nichtleitendes Material genommen worden.) Ob man mit einer einfachen galvanocaustischen Schlinge in vielen Fällen nicht dasselbe erreichen kann, möchten wir dahingestellt sein lassen. W. Fr. (N.-Y.)

Salol bei Tonsillitis und Pharyngitis acuta. (Salol in acute Tonsillitis and Pharyngitis.) Von Jonathan Wright, Brooklyn. (The Am. Journ. of the Med. Sc., August 1890.)

Verf. stimmt mit Thorner, der zuerst die Anwendung des Salols empfohlen hat, überein, dass dieses ein sehr werthvolles, namentlich schmerzstillendes Mittel sei. Wright stellte eine Reihe von Versuchen mit dem Salol an und kommt zu denselben Resultaten und Schlussfolgerungen, wie Thorner und Gouguenheim. (Es sei übrigens hier bemerkt, dass G. zwei Jahre nach Thorner das Salol als ein ganz neues Mittel anpries, ohne den Namen und die Arbeit Thorner's zu erwähnen. Ref.) W. Fr. (N.-Y.)

Eine Diphtherie-Epidemie. (An epidemie of diphtheria.) Von H. G. Lys, Bournemouth. (Lancet, 8. November 1890.)

Verf. hatte Gelegenheit, in einem District, in welchem die Bewohner sehr zerstreut wohnen, eine Epidemie von 110 Fällen zu beobachten. Er hat dabei ganz interessante Studien über Incubation und Infection machen können. Die erstere dauerte in einigen Fällen 20—36 Stunden. Es kamen Ansteckungsfälle vor, nachdem die Krankheit schon 3—4 Wochen vorüber gewesen, einer wurde im März von einer im October befallen gewesenen Familie inficirt. Die Quelle der Infection war deutlich nur der persönliche Verkehr; die sanitären Verhältnisse in dem District waren ausgezeichnete. Fünf Mal war der Larynx befallen, einmal die Nase und einmal kam Lähmung als Nachkrankheit zur Beobachtung. Es starben elf, darunter drei an Laryngitis, einer an Ausbreitung auf die Luftwege und sieben an Herzparalyse.

Dr. M. Schm.

Ein seltener Fall von allgemeiner Diphtherie. Von Dr. Moritz Gonda, Csòka. (Orvosi hetilap No. 14, 1890.)

Bei einem 12jährigen Mädchen, welches an Scarlatina erkrankt war, trat eine ausgebreitete Diphtherie der Rachen- und Mundschleimhaut auf, zu welcher sich bald Diphtherie der Nasenhöhle gesellte. In wenigen Tagen darauf war jedoch der diphtheritische Process auch

an den Schamlippen aufgetreten und am nächsten Tage waren ähnliche Veränderungen an den Ellbogen, an sämmtlichen Nagelgliedern und an den Fussknöchelchen zu finden. Der interessante Fall endete am zehnten Tage der Erkrankung letal, und wenn auch die Necroscopie nicht vorgenommen werden konnte, will Verfasser doch aus den hochgradigen Veränderungen der Hautdecke auch auf grössere Destructionen der inneren Organe schliessen. Von besonderem Interesse hält Verfasser den Umstand, dass die diphtheritischen Zerstörungen nicht nur die Schleimhäute betrafen, sondern auch an der Hautdecke vorkamen, welche einer Necrobiose der letzteren gefolgt waren. Szenes.

Accomodations-Lähmung nach Rachen-Diphtherie. Von Dr. Kocsis, Budapest. (Szemészet No. 2, 1890.)

Der interessante Fall betrifft ein 9jähriges Mädchen, bei dem zwei Mal täglich Einträufelungen in's Auge mit einer 1procentigen Pilocarpin-Lösung gemacht wurden, und schon nach vierwöchentlicher Behandlung trat vollkommene Genesung ein. Szenes.

Ueber den Werth der Tracheotomie bei Croup. Von Dr. Felix Szontagh, Budapest. (Gyógyászat No. 13—15, 1890.)

Verf. hatte Gelegenheit, in 30 Fällen von Croup die Tracheotomie auszuführen, und heilten zwar nur 6 Fälle, doch einzig und allein nur durch die Tracheotomie. Bezüglich des Eingriffes giebt auch Szontagh der Tracheotomia inferior den Vorzug, weil dieselbe nicht nur einen Weg für die Luft schafft, sondern auch die locale Behandlung der Luftröhre und Bronchien ermöglicht. Wo es möglich war, wurde die Operation in Chloroform-Narcose vollführt. Bezüglich des Stadiums, wann die Operation zu geschehen hat, betrachtet Verfasser dieselbe als ultimum refugium und erwähnt zwei Fälle, wo trotz scheinbar unumgänglich nöthiger Operation doch Heilung ohne dieselbe eintrat, ferner war in einem anderen Falle, wo die Athmung bereits aufgehört hatte und nur noch Herztöne hörbar waren, das Leben durch Tracheotomie und künstliche Athmung gerettet worden. Bei Kindern unter 3 Jahren hält Verf. die Prognose der Operation für nahezu absolut ungünstig und ist es auch von Wichtigkeit für die Prognose, wie weit der Process in den Luftwegen vorgeschritten ist. Nach Besprechung der Complicationen dieses Eingriffes und des Verlaufes nach demselben kommt Verf. schliesslich zu der von O'Dwyer empfohlenen Intubation, über die er zwar keine eigenen Erfahrungen besitzt, doch sei auch hier der Procentsatz der geheilten Fälle kein grösserer und wäre der einzige Vortheil, dass zu diesem nicht blutigen Eingriffe die Zustimmung der Eltern leichter zu erhalten ist. Szenes.

Laryngoscopisches Bild bei Croup. (L'image laryngoscopique dans le croup.) Von Dr. Piniaczek. (Journal of laryngol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Während der Dyspnoe sei die laryngoscopische Untersuchung bei Kindern leicht; man unterscheidet drei Typen: 1) Stimmbänder in der

Phonationsstellung, welche durch das angestrengte Athmen noch mehr zunimmt; 2) man kann die roth angeschwollenen und mit Pseudomembranen bedeckte Glottis und den subglottischen Raum sehen; 3) manchmal sind die Mucosa und die Stimmbänder mit Pseudomembranen bedeckt, aber letztere behalten ihre gewöhnliche Beweglichkeit. Verf. schliesst hieraus, dass die Larynxstenose theils aus der Medianstellung der Stimmbänder, theils aus der Geschwulst selbst, theils aus beiden zugleich besteht

Dr. P. K.

Laryngitis haemorrhagica und Influenza. (La laryngite hémorrhagique et l'influenza.) Von Dr. Salvatore Marano. (Arch. ital. di laryngol. und Revue de laryngol. No. 18.)

Verf. giebt 3 Fälle von Laryngitis haemorrhagica bei Influenza, welche mit Stimm- und Schlingstörung verliefen. Die Dysphagie ist das einzige Symptom, welches die Influenza-laryngitis-haemorrhagica von der gewöhnlichen unterscheidet. Dr. P. K.

Behandlung der Larynxphthise mittelst Resorcin. (Du traitement des ulcerations du larynx par la resorcine.) Von Dr. Tymowsky. (Revue de laryngol. No. 18, 1890.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Unter günstiger Hygiene genügen Ruhe und flüssige Nahrung, um einfache Erosionen und sogar oberflächliche Geschwüre zu heilen. 2) Bestehen tiefere Geschwüre und Infiltrationen, so müssen ausserdem Cocain und alcalische Inhalationen angewandt werden; ist die Entzündung zurückgegangen, so wird mit Erfolg Acidum lacticum (50 — 80procentig) oder Resorcin (80procentig) angewandt. 3) Jodoform, soll es nützen, muss 2 Mal täglich angewandt werden und nur, wenn die Geschwüre stark granuliren. 4) Resorcin, 80procentig, ist am bequemsten, weil es schmerzlos ist und nur täglich ein Mal angewandt zu werden braucht 5) Bei offenbar tuberculösen schmutzigen Geschwüren muss das Resorcin 120procentig angewandt werden und wirkt dann sicher; dabei kann das Cocain erspart werden und können Inhalationen von Resorcin 2 — 5procentig angewandt werden. Resorcin wirkt also antipyretisch, antiseptisch und haemostatisch, innerlich (3—5 Gramm pro die) sowohl, als äusserlich. Resorcin wird übrigens schon lange bei chronischen, ulcerösen, recidivirenden Hautprocessen (Unna) angewandt. Dr. P. K.

Ueber die scleröse und wuchernde Laryngitis tuberculosa. (De la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante.) Von DDr. Gouguenheim und Glower. (Annales des maladies de l'oreille No. 8, 1890.)

Verff. kommen in Bezug auf die chirurgische Behandlung dieser Art von Phthisis laryngea zu folgenden Schlüssen: 1) Die in kurzen Zwischenräumen angewandten schneidenden und zerquetschenden Instrumente bringen keine Gefahr, wenn sie von geübter Hand gehandhabt werden. 2) Es liegt also auf der Hand, dass man obige Instrumente behufs Entfernung der pathologischen Gewebe anwendet. 3) In einigen Fällen lässt

man sogar mit Erfolg die Entfernung des krankhaften Gewebes mittelst oben genannter Instrumente durch die Curettage vervollständigen, indem so die käsigen Herde entfernt werden und aus einer kranken Wunde eine gesunde, heilende gemacht wird.

Verff. geben dann die pathologische Anatomie, die Symptomatologie, die Diagnose und die Behandlung des Leidens; die drei erstgenannten Capitel geben nichts Neues und beziehen sich auf eine frühere ausführliche Arbeit von Gouguenheim und Tissier. Was die Behandlung betrifft, so unterscheiden die Verff.: 1) die vorhergehenden antiseptischen Bepinselungen, welche nicht mit dem Pinsel, sondern mit der Spritze vorsichtig ausgeführt werden; man benutzt eine Mischung 20procentiger Menthol- und 10procentiger Creosotlösung (ölige), welche während zwölf Tagen Morgens nüchtern eingespritzt wird; der Kranke muss gleich nachher tief inspiriren; 2) 10 Minuten vor dem wirklichen Curettement wird eine letzte Einspritzung und dann gleich darauf die Anästhesie mittelst 20procentiger Cocainlösung gemacht. Verf. wenden Instrumente, welche denen von Krause und Morell Mackenzie ähnlich sind, an. Die Folgen der Operation sind gewöhnlich leicht zu ertragen, wenn absolute Ruhe, Eisschlucken und eiskalte Getränke folgen; 3) die Nachbehandlung besteht in 2maligem Einblasen von Jodoform am Tage der Operation und in Einspritzen mit der Creosot-Menthollösung während dreier Tage; droht Recidive, so wendet man die Milchsäure an. Auf diese Weise lassen die Kranken sich die Operation recht gut gefallen, eintretenden Falles lassen sie selbe gern wiederholen; die Tracheotomie wird so fast immer umgangen. Dr. P. K.

Chirurgische Behandlung der kleinen, am freien Rande der Stimmbänder flach aufsitzenden Tumoren mittelst einer speciellen Cürette. (Traitement chirurgical des petits néoplasmes sessiles du bord libre des cordes vocales au moyen d'une curette spéciale.) Von Dr. Luc. (France médicale und Revue de laryngol. No. 18.)

Das Instrument besteht in einer Raute, deren lange Axe der Axe des Instrumentengriffes entspricht und deren 4 Seiten durch eben soviel nach innen scharfe Lamellen bestehen. Diese vier, 2 Millimeter breiten Seiten der Raute befinden sich nicht in derselben Ebene, sondern sind etwas schief und bilden so die obere und untere Fläche eines kaum bemerkbaren, abgeschnittenen Kegels; die stumpfen Ränder der Seiten der Raute bilden die Basis, währenddem die scharfen Ränder die obere abgeschnittene Fläche bilden. Die Handhabung des Instrumentes ist leicht zu begreifen. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Larynxstenose. Tracheotomie, Trennung (der Adhaesionen), Heilung. (Two Cases of Stenosis of the Larynx. — Rapid Tracheotomy, Divulsion, Recovery.) Von Emil Mayer, New-York. (Medical Record, 27. September 1890.)

Zwei geheilte Fälle von syphilitischer Larynxstenose, die nichts Aussergewöhnliches darbieten. Die O'Dwyer'schen Tuben wurden nicht vertragen, da man noch nicht die sehr angenehm wirkenden Hartgummiröhren zur Anwendung gebracht hatte. W. Fr. (N.-Y.)

Zur Diagnose der malignen Tumoren der Schilddrüse. (Du diagnostic des tumeurs malignes du corps thyroide.) Von Prof. Dr. Albrechts. (Allgem. Wiener med. Zeitung und Gazette médicale de Liége No. 21.)

Die guten Resultate der Exstirpation der gutartigen Schilddrüsentumoren machen eine sichere Differentialdiagnose zwischen guten und bösartigen Tumoren zur dringenden Nothwendigkeit. Die Symptome der malignen Tumoren sind folgende: 1) Schnelles Wachsen eines bis dahin kleinen oder gar latenten Tumors. 2) Hartwerden des ganzen Tumors. 3) Ausstrahlende Schmerzen. 4) Gewisse Parästhesien. 5) Seltener Motilitätsstörungen der betreffenden oberen Extremität. 6) Erweiterung der oberflächlichen Venen der Regiones sternalis und sternoclavicularis. 7) Adhärenzen mit den Nachbargeweben. 8) Seltener Lähmung des betreffenden Stimmbandes. 9) Dysphagie, nicht wegen Compression, sondern wegen Verwachsung der Constrictoren mit dem Tumor. 10) Sympathicussymptome: Dilatation, seltener Contraction der Pupille. 11) Bildung eines ausgesprochenen Venennetzes auf dem Tumor. 12) Ulceration sehr selten. 13) Metastasen in vorgeschrittenen Fällen. Dr. P. K.

Intubation. Referirt in der Lancet, 8. Novbr. 1890.

Dr. Waxham veröffentlichte im Journ. of the americ. Assoc. 1890, 11. Oct., einen Aufsatz über die chirurgische Behandlung des Croup. Zu den bereits von ihm veröffentlichten 150 Fällen kommen aus seiner Privatpraxis noch 135 mit einem Gesammtheilungsergebniss von 35 pCt. In den ersten 150 Fällen hatte er 27,33 pCt. Heilungen, in den letzten 135 aber 43,70 pCt. Zur Nachbehandlung empfiehlt er mit Daly Calomel auf's Angelegentlichste. Dr. M. Schm.

Kehlkopfgeschwür mit Emphysem unter der Halshaut. (Ulceration of the larynx associated with emphysema subcutaneum.) Von Dr. Montague Murray, London. (Lancet, 29. Novbr. 1890.)

In dem Larynx befand sich unter dem hinterem Ende des rechten Stimmbandes ein rundes Geschwür von unbekanntem Ursprunge. Das 13 Monate alte Kind litt ausserdem an interstitieller und Bronchopneumonie. Zwölf Stunden vor dem Tode trat ein subcutanes Emphysem auf der rechten Halsseite auf, das sich nachher noch bis auf die Wange erstreckte. Von Wilks und von Ziemssen sind ähnliche Fälle nach Typhus beschrieben. Dr. Lunn hat auch einen Fall, wie den beschriebenen, nach Typhus gesehen. Verf. zeigte das Präparat in der Pathological Society of London. Dr. M. Schm.

Eine neue Art von Kehlkopf- und Bronchialbehandlung mittelst eines Spray und einer Röhre während tiefen Einathmens. (A new method of laryngeal and bronchial medication by means of a spray and tube during the act of deep inspiration.) Von Dr. Mount Bleyer, New-York. (Journ. of the Amer. med. Association, 1. Novbr. 1890.)

Das Instrument ist ein nach unten zerstäubender Apparat, der durch eine Hartgummiröhre in den Mund eingeführt wird. Verf. rühmt an

dieser Art, dass kein Husten oder Krampf dadurch erzeugt würde und dass die Flüssigkeit sehr tief in die Luftwege eindringe.

Dr. M. Schm.

Glücklicher Ausgang einer Larynxfractur. (Un cas de fracture du larynx terminée heureusement.) Von Dr. Sokolowsky. (Journal of laryng. and rhin. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8.)

Larynxfractur bei einem 20jährigen Mädchen durch zufällige Strangulation mittelst der Schürzenschnur. Das Laryngoscop zeigte die Stücke des zerbrochenen Schildknorpels in den Larynx hineinragen und die Dyspnoe bedingen. Laryngotomie nebst Cricotomie und Einführen der Canüle; Patientin athmete frei. Nach 4 Wochen bestand die Larynxstenose noch; eine später ausgeführte Larynxfissur half nicht und musste Patientin die Canüle weitertragen. Dr. P. K.

Ein neuer Kehldeckelheber. (A new epiglottic retractor.) Von Dr. Mount Bleyer, New-York. (Lancet, 3. Januar 1891.)

Verf. hat schon vor einigen Jahren einen solchen angegeben. Der neue ist nach der Abbildung viel dünner und vielleicht dadurch noch practischer. Die frühere Form hat Ref. wiederholt mit gutem Erfolge namentlich auch bei Kindern angewendet. Er ist zu haben bei Messrs. George Tiemann & Co., New-York City. Dr. M. Schm.

Möglichkeit der Einspritzung in die Trachea beim Menschen behufs Einführung von Medicamenten. (Possibilité des injections trachéales chez l'homme comme voie d'introduction médicaments.) Von Dr. Ricardo Botey. (Académie des sciences de Paris, 21. Juli 1890 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Wundersamer Weise ist diese Methode noch nicht viel bei Thieren, noch viel weniger beim Menschen probirt worden. Schon im Jahre 1816 probirten zwei Schüler der Thierarzneischule von Lyon, ein Pferd durch Wasserinjectionen durch die Haut in die Trachea zu tödten; sie mussten zu ihrem grössten Erstaunen 32 Liter einspritzen, ehe das Thier zusammenbrach: Ein Beweis, wieviel die Mucosa der Respirationsorgane Flüssigkeit fassen und ungestraft aufsaugen kann. Die Schleimhaut der Trachea und der Bronchien ist also nicht blos ein gutes Aufsaugefeld für die Gase, sondern auch für die Flüssigkeiten. Bichat erzählt die Geschichte, wo bei seiner Ankunft des Morgens ins Hôtel Dieu sein Assistent die Magensonde in des Patienten Trachea, statt in die Speiseröhre eingeführt und eine grosse Quantität Fleischbrühe eingegossen hatte, ohne dass schlimme Folgen auftraten; die Flüssigkeit wurde schnell aufgesaugt.

Nach Collin beruht diese Resorptionsfähigkeit der Mucosa der Luftwege auf folgenden Punkten: 1) der grossen Ausdehnung der Mucosa, 2) auf deren geringer Dicke, indem das Capillarnetz ganz oberflächlich liegt, 3) auf der Beschaffenheit der Epithelschichte, welche in den kleinen Bronchien blos aus einer einzigen Lage cylindrischer Zellen und in den

Lungenalveolen blos aus einer Schichte glatter Zellen besteht, 4) auf der Herzbewegung und dem Inspirium, durch welche beiden Gase, Dämpfe und Flüssigkeiten leichter durch die zahlreichen, die Lungenalveolen und die Bronchialendigungen umgebenden Blutgefässe aufgesaugt werden.

An Resorptionsfähigkeit stehen die Mucosa des Darmcanals und das Unterhautzellgewebe viel weiter zurück. Abgesehen vom Larynx und von der Trachea, ist die Sensibilität der Mucosa der Luftwege sehr gering; die Reflexe sind unbedeutend, wie das physiologische Experiment beweist. Schon Bouchard betont in seinem Handbuche über die Antisepsis diese Eigenschaft der Respirationsmucosa.

Verf. hat Experimente an Kaninchen, an sich selbst und an einer syphilitischen Patientin gemacht; die Hauptsache bei den Injectionen ist, dass die Flüssigkeit langsam an der vorderen Trachealseite herabfliesst und der zugleich einströmenden Respirationsluft Platz genug übrig lässt. Man fühlt leicht mit der bis an die Trachea eingeführten Pravaz-Nadel, ob man auf einen Trachealring oder zwischen zwei Trachealringen ist; ist die Canüle zwischen zwei Trachealringen in die Trachea gedrungen, so fühlt man es ebenfalls recht gut. Diese zwei Anhaltspuncte verhindern einerseits, einen falschen Weg einzuschlagen und andererseits, die hintere Trachealwand anzustechen.

Man kann also dreist einige Cubikcentimeter Flüssigkeit in die Lungen durch die Trachea einspritzen; die Medicamente werden rasch und ohne Zersetzung absorbirt, weshalb man viel kleinere Dosen anwenden muss. Die „tracheale Behandlungsmethode" hat also eine gewisse Zukunft, indem man auf diese Weise nicht nur gewisse Bronchial- und Lungenkrankheiten, sondern auch gewisse Allgemeinaffectionen behandeln kann. Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea. (Corps étranger de la trachée.) Von Dr. Argumosa. (Journ. of laryngol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Nach eingeführter Trachealcanüle hörte die Dyspnoe nicht auf; die Canüle musste entfernt werden und nun warf das Kind unter heftigen Hustenstössen einen sich seit 6 Monaten in den Luftwegen befindenden Melonenkern aus. Dr. P. K.

Polypoide Neubildung der Trachea. (Production polypoide de la trachée.) Von Dr. Durand. (La Province méd., December 1889 und Revue de laryngologie No. 5.)

Ein 5jähriges Kind wurde wegen Diphtheritis operirt; Genesung; nach einem Monat musste die Tracheotomie von Neuem ausgeführt werden; Tod nach einigen Stunden. Die Section ergab am oberen Winkel des ersten Operationsschnittes eine Wucherung, welche die Trachea ausfüllte. Da während der Diphtheritis die Cricotracheotomie ausgeführt worden war und die Trachea an dieser Stelle am engsten ist, räth Verf., in allen Fällen die Cartilago cricoidea zu schonen. Dr. P. K.

Blutegel in der Regio subglottica, Extraction auf natürlichem Wege. (Sangsue dans la région sousglottique, extraction par les voies naturelles.) Von Dr. Ficano. (Revue de laryngologie No. 3.)

Patient trug das Thier während 14 Tagen in der Trachea, obschon er von dessen Vorhandensein überzeugt war; das Cocain wurde extralaryngeal angewandt, weil bei endolaryngealer Anwendung der Blutegel todt oder betäubt in die Tiefe der Trachea hätte fallen können.

Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Tracheotomie, Todesursachen während der Operation. (Contributions à l'étude de la trachéotomie, des causes de la mort pendant l'opération.) Von Dr. Dubois. (Thèse de Paris und Revue de laryngologie No. 2.)

Schlecht ausgeführter Trachealschnitt, Lostrennung der Mucosa und Einführen der Canüle zwischen Knorpel und Mucosa sind die gewöhnlichen Ursachen. Blutung, Verstopfen der Trachea durch Hinabdrücken einer zähen Membran, subcutanes Emphysem, Einführen der Canüle in den Oesophagus (?), Ohnmacht, Eintritt von Luft in die Venen sind die entfernteren Ursachen. Die Schrift enthält nichts Neues.

Dr. P. K.

Unbekannte Form von Schwindel, durch Reiz des Halsvagus hervorgerufen. (Forme inconnue de vertige par excitation du nerf vague.) Von Dr. Cardarelli. (Incurabili, November 1889 und Revue de laryngologie No. 3.)

Verf. erzählt 3 Fälle, wo durch Berühren des Halsvagus am äusseren Rande des Sternocleidomastoideus Schwindel und in einem Falle sogar vorübergehende entgegengesetzte Lähmung entstand. Dr. P. K.

Ueber Halsgicht. (De la goutte dans la gorge.) Von Morell Mackenzie. (Journal of laryngol. and rhin. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Es ist eine gute Ausrede, wenn man sonst keine Diagnose stellen kann. Jedoch giebt es einige seltene Fälle, wo man die Gichtsymptome im Halse nicht läugnen kann. Es bestehen dabei immer Gichtsymptome am übrigen Körper. Acutes Zäpfchenoedem, bei einem Gichtanfall der grossen Zehe verschwindend; chronische Entzündung der hinteren Gaumenbögen bei Gichtleidenden; Gichtablagerungen mit Dyspnoe in den Cricoarytänoidalgelenken, fungöses, mit Carcinom leicht zu verwechselndes Geschwür am linken falschen Stimmband sind die Hauptsymptome.

Dr. P. K.

Erfolgreiche Entfernung einer Encephalocele. (The Successful Removal of an Auterior Encephalocele.) Von W. F. Mittendorf, New-York. (Med. Record, 5. April 1890.)

Glückliche Operation einer Encephalocele, welche bei der Geburt bleifederdick von der Nasenwurzel links herabhing und am 6. Tage bereits hühnereigross war. W. Fr.

Secundäres Epithelioma der Submaxillardrüsen. (Epithélioma secondaire des ganglios sousmaxillaires.) Von Dr. Kirmisson. (Le Praticien und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20.)

Vor einigen Jahren Operation eines Lippenepithelioma. Keine locale Recidive, aber Epithelioma der Submaxillardrüsen. Induration des ganzen Mundbodens und der Glandula sublingualis. Unterbindung der Carotis externa, Resection des Unterkiefers, Exstirpation. Dr. P. K.

Ein Fall von substernaler Struma. (A case of substernal struma.) Von Bernard Pitts, London. (Lancet, 27. December 1890.)

Verf. berichtete in der Sitzung der Pathological society of London über einen solchen Fall, welchen er mit Glück operirt hat. Da die Schilddrüse sich bei der Operation als ganz intact herausstellte, so vermuthet er, dass der Tumor durch eine accessorische Drüse veranlasst gewesen sei. In der Discussion wurde dies wegen der angeblichen Seltenheit dieser accessorischen Drüsen von Mr. Berry bezweifelt, wogegen Verf. bemerkte, dass nach seinen Untersuchungen dieselben sich in einem unter zwölf Fällen fänden, wenn man genau nachsehe.

Dr. M. Schm.

Zwei Fälle von Gastrotomie wegen Verschluss der Speiseröhre. (Two cases of gastrotomy for stricture of the oesophagus.) Von Mr. Southam, Manchester.

Verf. berichtet über die zwei Fälle, einen bei einem 58jährigen Manne und der andere bei einem 54jährigen. Bei Beiden wurde die Oeffnung im Magen einige Tage nach der Eröffnung des Bauches gemacht und zwar mit einer sehr kleinen Oeffnung, wie das schon früher beschrieben wurde. Ein Catheter wurde dann jedesmal bei der Nahrungsaufnahme eingeführt. Dadurch hat Verf. das so lästige Austreten von Magensaft mit seinen unangenehmen Folgen vermeiden können. Der Erstere starb drei Monate, der Andere drei Wochen nach der Vornahme der Operation. Dr. M. Schm.

Verlegung der Speiseröhre durch ein Divertikel. Gastrotomie, Tod nach 6 Jahren. (Diverticulum of the Oesophagus, Gastrotomy, Death six years afterwards.) Von Walter Whitehead, Manchester. (Lancet, 3. Januar 1891.)

Eine 49jährige Frau bekam Schwierigkeiten im Schlucken, die allmählig zunahmen. 8 Jahre später wurde die Gastrotomie ausgeführt, weil sie sich nicht mehr ernähren konnte. Sie erholte sich vollkommen, indem sie 2 Jahre lang alle Nahrung durch die Magenfistel zu sich nahm. Danach begann sie wieder Nahrung durch den Mund zu nehmen, was aber nie ganz gut ging. Sie starb 6 Jahre nach der Gastrotomie an Entkräftung. Bei der Section zeigte sich ein grosses Pulsionsdivertikel zwischen Luftröhre und Wirbelsäule. Verf. hält es nicht für angeboren, da sich die Beschwerden sonst wohl schon früher gezeigt haben würden. Die Fälle sind bei Frauen sehr selten. Dr. M. Schm.

III. Inserate.

Special-Katalog 1890 der Instrumente für Hals, Nase, Ohr

wird den Herren Aerzten auf Wunsch gratis zugesandt.

H. Pfau, Berlin, Dorotheenstr. No. 67 und Klosterstr. No. 30

Königl. Hoflieferant, Fabrikant chirurg. Instrumente und Bandagen.

INHALT.

I. Originalien: Gruber: Operative Entfernung eines durch misslungene Extractionsversuche in die Trommelhöhle gerathenen Fremdkörpers. — Stepanow: Ueber das Vorkommen der sogen. „hyalinen Kugeln" im Gewebe der Schleimpolypen der Nase etc. nebst Bemerkungen über die hyalinen Körper des Rhinoscleroms. — Onodi: Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen (Fortsetzung). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken (Fortsetzung). — Schmiegelow: Beiträge zur Frage von den Perforationen in der Membrana flaccida Shrapnelli mit Bemerkungen über die Bildung des Cholesteatoms. — Bezold: Fremdkörper im Ohr. — Moos: Zur bacteriellen Diagnostik und Prognostik der Mittelohreiterungen. — b) Rhinologische: Wright: Ueber adenoide Vegetationen. — Richardson: Ueber die Wichtigkeit der chirurgischen Behandlung des Nasenrachenraumes bei Catarrh desselben und des Mittelohres. — Casselberry: Deformitäten des Gesichts und des Thorax in Folge von Obstructionen durch adenoide Vegetationen. — Gouguenheim: Acute Abscesse der Nasenscheidewand mit bleibender Nasendeformation. — Wagnier: Käsige Coryza (Rhinitis cholesteatomatosa). — Onodi: Eigenthümlicher, angeborener Verschluss der Choanen. — Polo: Reflexleiden von der Nasenmucosa ausgehend. Hysterische Anfälle durch Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln hervorgerufen. Asthmatische Anfälle geheilt nach Entfernung von Schleimpolypen. — Foulerton: Perforation der Nasenscheidewand bei den Cementarbeitern. — Chiari: Zwei Fälle von Nasensteinen mit Bemerkungen über deren Aetiologie. — Taylor: Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. — Gilliam: Tic douloureux in Folge einer Exostosis des Septum narium. — c) Pharyngo-laryngologische: Ferguson: Die Nerven-Versorgung des Geschmackssinnes. — Thorner: Psoriasis der Zunge. — Peterson: Bemerkungen über Zerstörung der Geschmacks-Empfindung nach Amputation der Zunge. — Knight: Ein Fall von Hemiglossitis phlegmonosa. — Hirtz: Ueber aphtöse infectiöse Stomatitis. — Boylan: Eine einfache und wirksame Methode zur Anaesthesirung der Pharynxtonsille. — Thorner: Gefahrdrohende Blutung nach Tonsillotomie. — Wright: Blutungen nach Tonsillotomien nebst Beschreibung eines galvanocaustischen Tonsillotoms. — Wright: Salol bei Tonsillitis und Pharyngitis acuta. — Lys: Eine Diphtherie-Epidemie. — Gonda: Ein seltener Fall von allgemeiner Diphtherie. — Kocsis: Accomodationslähmung nach Rachen-Diphtherie. — Szontagh: Ueber den Werth der Tracheotomie bei Croup. — Piniaczek: Laryngoscopisches Bild bei Croup. — Marano: Laryngitis haemorrhagica und Influenza. — Tymowsky: Behandlung der Larynxphthise mittelst Resorcin. — Gouguenheim und Glower: Ueber die scleröse und wuchernde Laryngitis tuberculosa. — Luc: Chirurgische Behandlung der kleinen, am freien Rande der Stimmbänder flach aufsitzenden Tumoren mittelst einer speciellen Curette. — Mayer: Zwei Fälle von Larynxstenose. Tracheotomie, Trennung (der Adhaesionen), Heilung. — Albrechts: Zur Diagnose der malignen Tumoren der Schilddrüse. — Waxham: Intubation. — Murray: Kehlkopfgeschwür mit Emphysem unter der Halshaut. — Bleyer: Eine neue Art von Kehlkopf- und Bronchialbehandlung mittelst eines Spray und einer Röhre während tiefen Einathmens. — Sokolowsky: Glücklicher Ausgang einer Larynxfractur. — Bleyer: Ein neuer Kehldeckelheber. — Botey: Möglichkeit der Einspritzung in die Trachea beim Menschen behufs Einführung von Medicamenten. — Argumosa: Fremdkörper in die Trachea. — Durand: Polypoide Neubildung der Trachea. — Ficano: Blutegel in der Regio subglottica, Extraction auf natürlichem Wege. — Dubois: Beitrag zur Lehre der Tracheotomie, Todesursachen während der Operation. — Cardarelli: Unbekannte Form von Schwindel, durch Reiz des Halsvagus hervorgerufen. — Mackenzie: Ueber Halsgicht. — Mittendorf: Erfolgreiche Entfernung einer Encephalocele. — Kirmisson: Secundäres Epithelioma der Submaxillardrüsen. — Pitts: Ein Fall von substernaler Struma. — Southam: Zwei Fälle von Gastrotomie wegen Verschluss der Speiseröhre. — Whitehead: Verlegung der Speiseröhre durch ein Divertikel. Gastrotomie. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, Juni 1891.** **No. 6.**

I. Originalien.

Bericht über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. **R. Kayser.**

Mit Vorbemerkungen von Professor Dr. Gottstein.

Am 6. November 1890 waren es 25 Jahre, dass ich eine poliklinische Sprechstunde für Hals- und Kehlkopfkranke errichtete. Zwei Jahre später erweiterte ich die Poliklinik auch für Ohrenkranke.

Wenn ich erst jetzt einen „Ersten Bericht" erscheinen lasse, so bedarf das wohl einer Erklärung. Die Zahl der in meiner Poliklinik Hilfesuchenden war vom ersten Augenblick keine unbeträchtliche und stieg von Jahr zu Jahr. Da aber meine Poliklinik ein Privatinstitut ist und bis zum heutigen Tage jeder materiellen Unterstützung von irgend einer Seite entbehrt, so musste ich, zur Einschränkung der ohnedies grossen Opfer, der ärztlichen Thätigkeit, die die Poliklinik erforderte, allein obliegen. Es ist leicht begreiflich, dass von Führung genauer Krankenprotocolle nicht die Rede sein konnte, ich musste mich begnügen, über die wichtigsten Krankheitsfälle mir Notizen zu machen, um sie in meinen literarischen Arbeiten zu verwerthen. Als aber am Anfange der

achtziger Jahre die Zahl der jährlich neu aufgenommenen Kranken 1000 überstieg, trat für mich nahezu die physische Unmöglichkeit ein, das poliklinische Arbeitspensum zu bewältigen.

Meine Bestrebungen, die officielle Errichtung eines klinischen Instituts für Laryngo-Rhinoscopie und Otiatrik an hiesiger Universität zu erwirken, waren erfolglos. Erst seit einem Jahre hat an der Breslauer Universität der Director der medicinischen Poliklinik den Lehrauftrag für Laryngoscopie erhalten. Eine selbstständige Stellung als Lehrgegenstand hat sich die laryngo-rhinologische Specialität an hiesiger Universität nicht erringen können. Für die Rhinoscopie und Otiatrik besteht zur Zeit weder ein klinisches Institut, noch eine officielle Lehrkraft.

Um meine Privatpoliklinik zu erhalten und die mir lieb gewordene Lehrthätigkeit zu ermöglichen, stellte ich im Jahre 1884 einen Assistenten (Dr. Kayser) an. Wie sehr die Poliklinik einem Bedürfniss entsprach, bewies das continuirliche Anwachsen des Krankenmaterials, das jetzt auf die, wie ich meine, für Breslauer Verhältnisse nicht unbeträchtliche Zahl von nahezu 2000 jährlich neu aufgenommenen Kranken gestiegen ist.

Ich halte an dem Grundsatze fest, dass gerade bei den poliklinischen Kranken selbst die einfachsten erforderlichen localtherapeutischen Maassnahmen von sachverständiger Hand ausgeführt werden müssen. So sollen Kranke mit Otorrhoen, wenn irgend angängig, sich täglich vorstellen. Dieselben sind erfahrungsgemäss meist nicht in der Lage, eine geeignete Injectionsspritze anzuschaffen, noch viel weniger im Stande, den bescheidensten Ansprüchen der Reinlichkeit oder gar der Asepsis zu genügen. Ebenso kann und darf ihnen die Application der Medicamente für Nase, Pharynx und Larynx nicht überlassen werden. In Folge dessen beträgt die Zahl der Kranken, die täglich die poliklinische Sprechstunde besuchen, selten weniger als 30 und steigt oft über 50. Zu unserer Unterstützung finden sich stets einige frühere Zuhörer als Famuli bereit. Ausserdem habe ich mit Vortheil ein Fräulein angestellt, das in kleineren Dienstleistungen, wie Ausspritzen der Ohren, Darreichung, Reinigung und Sterilisirung der Instrumente eingeübt ist. Trotzdem würde das tägliche Arbeitspensum für mich ein zu grosses sein, wenn ich nicht Herrn Dr. Kayser auf Grund der jetzt 7jährigen Assistenz in meiner Poliklinik eine selbstständige Thätigkeit überlassen könnte.

Selbstverständlich ist die Poliklinik mit vollständigem Instrumentarium und allen Lehrmitteln aus meinen Privatanschaffungen versehen. Für die grösseren Operationen (Eröffnung des Warzenfortsatzes u. s. w.) steht mir zu jeder Zeit ein Privatinstitut zur Verfügung, das mit einem gut eingerichteten Operationszimmer und mit Zimmern zur Aufnahme von Kranken versorgt ist.

Seit meiner Habilitation im Jahre 1872 habe ich für Studirende fast in jedem Semester laryngo-rhinoscopische Kurse gehalten, die Anfangs allerdings spärlich, seit dem Jahre 1880 aber regelmässig und zahlreich besucht waren. Für die otiatrischen Kurse ist aus Gründen, die wohl so ziemlich bei allen Universitäten obwalten und auf die ich nicht näher eingehen will, das Interesse der Studirenden erst in den letzten Jahren etwas lebhafter geworden. Für practische Aerzte wurden sowohl von mir, als von Dr. Kayser Fortbildungskurse in der Laryngo-Rhinoscopie und Otiatrik gehalten, die zahlreiche Theilnehmer fanden und noch finden.

Ausserdem hat eine Anzahl Aerzte des Inlandes und Auslandes bald längere, bald kürzere Zeit, sei es, um sich in der Specialität einzuüben, sei es, um sich als Specialärzte auszubilden, an den poliklinischen Sprechstunden selbstthätig Theil genommen.

So kann ich denn mit einer gewissen Befriedigung auf die 25jährige Wirksamkeit meiner Poliklinik zurückblicken, die ich aus eigenen Mitteln begründet und unterhalten habe und die sich der Sonne officieller Unterstützung, sei es materieller oder moralischer Art, nicht zu erfreuen gehabt hat.

Gottstein.

* * *

Es sind im Jahre 1890 im Ganzen zur Behandlung neu aufgenommen worden 1893 Personen, die sich in Bezug auf Alter und Geschlecht folgendermaassen vertheilen:

Geschlecht.	Alter nach Jahren:										Summa.
	—1	2—9	10—14	15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—	
Männlich . .	19	124	116	127	157	203	106	58	41	16	967
Weiblich . .	12	133	122	115	195	151	111	47	29	11	926
Summa:	31	257	238	242	352	354	217	105	70	27	1893

Dem Wohnort nach ergiebt sich, dass von den Kranken:

1558 Breslau,
268 der Provinz Schlesien,
25 der Provinz Posen,
37 Russisch-Polen,
5 anderen benachbarten Ländern angehörten.

Die Zahl der Krankheitsfälle stellt sich auf 2199. Sie ist höher, als die der behandelten Personen, weil nicht selten dieselbe Person verschiedene, nicht unmittelbar zusammengehörige Krankheiten, z. B. Nasenpolypen und Mittelohreiterung, zeigte.

Die beobachteten Krankheitsfälle zerfallen in 2 Gruppen:

A. Krankheiten des Ohres.

Krankheit.	Männliche	Weibliche	Zusammen	
Ohrmuschel	2	1	3	
Aeusserer Gehörgang:				
Eczema	5	11	16	
Fremdkörper	13	13	26	
Cerumen	76	47	123	328
Atresie	3	2	5	
Otitis externa circumscripta	21	29	50	
Otitis externa diffusa	6	2	8	
Trommelfell:				
Hyperaemia	1	1	2	8
Trauma	4	2	6	

Krankheit.	Männliche	Weibliche	Zusammen	
Mittelohr:				
Tubencatarrh	12	16	28	
Otitis med. acut. catarrhal.	37	25	62	
Otitis med. chron. catarrhal.	134	89	223	
Otitis med. chron. scleros.	10	34	54	
Otitis med. acut. purul.	58	33	91	733
Otit. med. chron. purul. und Folgezustände	124	115	239	
Polypi	18	13	31	
Otalgie	2	3	5	
Inneres Ohr:				
Acute Nerventaubheit	1	1	2	
Chron. Nerventaubheit	10	7	17	
Centrale Taubheit	—	2	2	33
Taubstumm	2	2	4	
Nervöses Ohrensausen	4	4	8	
Summa:	552	453	1005	

Von den zur Anwendung gekommenen Operationen seien erwähnt:

Incisionen im äusseren Gehörgang	13
Spaltung von Verwachsungen	4
Paracentese des Trommelfells	20
Abschnürung von Polypen	28
Entfernung von Fremdkörpern	26
Wilde'scher Schnitt	3
Aufmeisselung des Warzenfortsatzes	5

Die Operationen, die bei Ohrenkranken in der Nase und dem Nasenrachenraum gemacht worden sind, finden sich unter B. aufgeführt.

Bemerkungen.

Von den 5 beobachteten Atresien des äusseren Gehörganges war 1 congenital, die anderen erwiesen sich als Verwachsungen der Gehörgangswände in Folge langwieriger Ohreneiterung.

Von den 6 Fällen traumatischer Verletzung des Trommelfelles waren 4 durch Schlag gegen das Ohr (Ohrfeigen) entstanden. In 2 Fällen war der Gehörgang mit Cerumen erfüllt, nach dessen Entfernung erst die Ruptur erkannt wurde. In einem Fall war eine Ruptur des Trommelfells mit Blutgerinnsel da, nachdem angeblich der betr. Kranke einen Schlag auf den Kopf erhalten hatte, worauf 4 Stunden später wässriger Ausfluss aus dem Ohr eingetreten sein soll. Die Rupturen sassen 4 Mal in der unteren, 1 Mal in der oberen Hälfte des Trommelfells, in einem Falle (Stoss gegen eine eiserne Kante) war eine Ruptur nicht zu constatiren. Es bestand nur Röthung des Trommelfells, Gehörsverminderung und Autophonie. In Bezug auf letztere will ich bemerken, dass in hochgradigen Fällen, wo subjectiv und objectiv durch das Otoscop bei jeder In- und Exspiration, sowie beim Sprechen speciell der Nasallaute m und n ein brausendes Geräusch wahrgenommen wird, es mir nicht blos gelang, durch Einführung des Catheters das Geräusch momentan zu beseitigen, sondern auch folgendes einfache Verfahren dem Kranken längere

Ruhe verschaffte: ich drehte in das Schnabelende des Catheters ein kleines, mit Vaseline tüchtig getränktes Wattebäuschchen und bestrich damit gründlich die betreffende Tubenöffnung.

Unter den 62 Fällen von acuter catarrhalischer Mittelohr-Entzündung befinden sich 14, als deren Ursache die Influenza anzunehmen ist. Ein Mal bot sich Gelegenheit, im Anschluss an die Influenza eine reine Myringitis haemorrhagica zu beobachten. Ein 5jähriges Kind erkrankte an Schmerzen im Ohr, das Trommelfell war hochgradig geröthet und mit Blutflecken bedeckt, keine merkliche Gehörsverminderung, kein Sausen. Nach 2 Tagen zeigte sich auf dem Trommelfell eine Blase, die von selbst platzte und eine serös-blutige Flüssigkeit entleerte, ohne Perforation der Membran; nach 8 Tagen vollständige Rückkehr der normalen Verhältnisse. Bei der Behandlung der acuten Mittelohrentzündung hat sich die 10procentige Carbolglycerinlösung besonders bewährt. Ein Wattebäuschchen in die erwärmte Lösung eingetaucht und an das Trommelfell angedrückt, beseitigt meist sofort den Schmerz und scheint, frühzeitig angewandt, auch zuweilen die Eiterbildung zu verhindern*).

Bei der acuten eitrigen Mittelohrentzündung finden sich unter 91 Fällen 11, die im Anschluss an Influenza aufgetreten sind. Ich will hierbei den bemerkenswerthen Verlauf eines von mir privatim behandelten Falles erwähnen. Das $2^1/_2$jährige Kind eines Collegen hatte vor $1^1/_2$ Jahren bei den Masern einen doppelseitigen Ohrenfluss acquirirt, der von selbst wieder verschwand resp. nicht weiter beachtet wurde. Im November 1890 bekam das Kind schwere meningitische Erscheinungen, Fieber, Kopfschmerz, Krämpfe, Bewusstlosigkeit. Nach einigen Tagen trat eine Besserung zugleich mit Ausfluss aus dem linken Ohre ein. Die nun von mir vorgenommene Untersuchung der Ohren ergab: links Perforation des Trommelfells und Ausfluss, rechts ein stark geröthetes und vorgewölbtes Trommelfell. Nach Paracentese desselben entleerte sich reichlich Eiter, die meningitischen Erscheinungen verschwanden vollkommen, die Ohreneiterung besserte sich unter zweckmässiger Behandlung, nach kurzer Zeit waren die Perforationen geheilt, Trommelfell und Gehör normal. Indess fing das Kind wieder an zu fiebern, zu husten und sehr an Kräften abzunehmen. Die Untersuchung des Thorax ergab nun ein grosses pleuritisches Exsudat auf der rechten Seite, die Probepunction zeigte reinen Eiter, in welchem Tuberkelbacillen nicht gefunden wurden. Es wurde die Schnittoperation gemacht, eine grosse Menge Eiter entleert, drainirt etc. Nach Verlauf von ca. 2 Monaten schloss sich die Thoraxfistel und das Kind ist heut so gesund und blühend, wie vorher. Man ist wohl berechtigt, die ganze Erkrankung des Kindes so aufzufassen, dass ursprünglich eine eitrige Mittelohrentzündung vorhanden war, welche zuerst eine meningeale Reizung und später als Metastase eine eitrige Pleuritis nach sich zog.

Unter den Fällen von chronischer Mittelohreiterung war 15 Mal Caries des Felsenbeins nachzuweisen, 8 Mal handelte es sich um cholesteatomatöse Massen im Mittelohr. Ueber die 5 Fälle von Auf-

*) Ueber einen bei acuter Mittelohrentzündung beobachteten Fall von Diplacusis echotica habe ich auf dem X. internationalen Congress ausführlich berichtet.

meisselung des Warzenfortsatzes, welche stets nach der classischen Schwartze'schen Methode ausgeführt wurden, sei kurz Folgendes erwähnt:

I. Fall: Ein 4jähriger Knabe, mit mehrmonatlicher Ohreiterung, bei dem bereits von ärztlicher Seite eine Incision hinter dem Ohre behufs Eiterentleerung gemacht war; die Oeffnung wurde mit Meissel und scharfem Löffel erweitert, eine weite Communication hergestellt und durchgespült. Es trat in den nächsten Tagen Wunderysipel ein — die Operation war am 8. Mai im Hause des Kranken unter ungünstigen äusseren Verhältnissen gemacht worden —, das zur Abscessbildung unter dem linken Augenlide führte, aber glücklich überstanden wurde. Auch eine nach der Operation aufgetretene Facialislähmung verschwand im Laufe einiger Wochen. Die Communication wurde ca. 6 Monate durch Drainrohr, Bleinagel und Jodoformgaze offen gehalten. Das Allgemeinbefinden des Kindes war ein sehr gutes, jedoch ist trotz wiederholter Entfernungen von Granulationen aus dem äusseren Gehörgang die Eiterung aus dem Ohr noch Ende 1890 nicht völlig beseitigt.

II. Fall: 14jähriger Bauernbursche hat seit 2 Jahren Ohreneiterung rechts. Auf und hinter dem Proc. mastoid. hat sich eine fluctuirende, schmerzhafte Geschwulst gebildet. Am 4. Juli wird dieselbe durch Schnitt eröffnet und Eiter entleert. Die Corticalis des Proc. mastoid. zeigt sich mit feinen Löchern durchsetzt. Der Letztere wird aufgemeisselt, es findet sich dabei die knöcherne Hinterwand des Antrum zerstört und der Sinus blossgelegt. Nach Entfernung von Polypen aus dem äusseren Gehörgang ist eine, wenn auch schwache Communication, vorhanden. Am 12. August kehrte der Kranke, der die Operation ausserordentlich gut überstanden hatte, nach Hause zurück, bevor noch völlige Heilung eingetreten war.

III. Fall: 26jähriges Mädchen, mit Ohreneiterung von Jugend an (nach Masern), welche am rechten Ohr abgelaufen ist, auf dem linken Ohr aber zu Polypenbildung, Schwellung hinter dem Ohr, Fieber und Kopfschmerz führte. Am 4. Septbr. wird die Aufmeisselung vorgenommen, nachdem in der Nacht vorher ein Eiterdurchbruch in den äusseren Gehörgang sich vollzogen hatte. Bei der Eröffnung des Antrums werden grosse Cholesteatommassen entleert, nach deren Entfernung sich eine sehr weite Höhle darbietet. Am 3. Tage bekam die Kranke ein Wunderysipel, wahrscheinlich eingeschleppt durch eine Binde, die ein Bruder (Krankenwärter) der Operirten brachte. Das Erysipel wurde aber gut durchgemacht. Nach 10 Tagen verliess die Kranke das Bett. Die hintere Oeffnung wurde durch Jodoformgaze, der sehr enge äussere Gehörgang durch Drainrohr offen gehalten. Nach 4 Mon. trat vollständige Heilung ein. Jede Eiterung war beseitigt, die Paukenschleimhaut zeigte einen narbigen Ueberzug, die hintere Oeffnung geschlossen, nur war ein offener Canal zwischen ihr und dem äusseren Gehörgang zurückgeblieben. Dieser Canal war völlig trocken und mit Epidermis ausgekleidet.

IV. Fall: 7jähriges Mädchen, mit mehrjähriger Ohreneiterung beiderseits, wobei schon wiederholt Incisionen hinter beiden Ohren gemacht waren. Rechter Gehörgang stark verengt, übelriechender Ausfluss, rechte Ohrmuschel abstehend, Incisionsnarbe blasig aufgetrieben, Fieber, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit. Am 20. Septbr. wird auf der rechten Seite die

Aufmeisselung vorgenommen. Auf der Mitte des Warzenfortsatzes zeigt sich eine längliche cariöse Stelle, mehr nach vorn zu ist der Knochen durchbrochen; es wird eine breite Oeffnung angelegt, massenhaft stinkender, käsiger Eiter entleert und eine gute Communication hergestellt. Der weitere Verlauf ist ein sehr glatter, das Befinden des Kindes ein ausgezeichnetes. Die hintere Oeffnung wird durch Jodoformgaze mehrere Monate hindurch offen gehalten und durchgespült. Die Eiterung aus dem Ohr ist noch nicht völlig verschwunden, das Kind ist noch in Behandlung.

V. Fall: 9jähr. Knabe, seit über 2 Jahren Otorrhoe auf dem rechten Ohr. Vor längerer Zeit war im Hospital ein Einschnitt hinter dem Ohr gemacht, der völlig vernarbt ist. An der Hinterwand des äusseren Gehörganges sind kleine Granulationen sichtbar. Ohrmuschel abstehend, an der Narbe Fluctuation, Kopfschmerz, Fieber, etwas steifer Nacken. Rechter Facialis functionirt unvollkommen. Bei der Aufmeisselung am 12. November erscheint die Oberfläche des Proc. mastoid. frei, jedoch lässt sich ganz vorn, dicht am äusseren Gehörgang eine Knochenöffnung nachweisen, aus der Eiter hervorquillt. Es wird von dieser Stelle aus aufgemeisselt und eine grosse, mit käsigem Eiter erfüllte Höhle freigelegt. Nach hergestellter Communication Tamponade mit Jodoformgaze etc. Es zeigt sich nun, dass der rechte Facialis vollkommen gelähmt ist. Weiterer Verlauf günstig. Facialislähmung geht langsam zurück. Im Februar 91 kommt hintere Oeffnung zum Schluss. Eiterung sehr geringfügig. Der Kranke ist noch in Behandlung.

Unter den Fällen von Nerventaubheit ist der Fall eines 3jähr. Kindes bemerkenswerth, welches seit einem halben Jahre nach Masern vollkommen taub geworden ist, ohne dass sich äusserlich eine Ohrenerkrankung kund gab. Die Trommelfelle erweisen sich völlig unversehrt, das Kind hat zugleich die Sprache verloren.

In 2 Fällen ist die Nerventaubheit in Folge von Trauma eingetreten. Der eine Fall, ein 45jähr. Bahnwärter, war nach einem in seiner Nähe einschlagenden Blitz fast vollständig taub geworden. Es erwies sich bei genauerer Untersuchung die Gehörsstörung als Theilerscheinung einer allgemeinen traumatischen resp. Schreckneurose. Die ausführliche Beschreibung dieses Falles erfolgt an anderem Orte. In einem zweiten Falle war ein 19jähr. Mädchen durch einen Sturz bewusstlos geworden, hatte Erbrechen und Blutung aus dem linken Ohre. 11 Tage hatte sie im Hospital zugebracht. Bei der Untersuchung zeigte sich gänzliche Taubheit auf dem linken Ohr, hochgradiger Schwindel, Flimmern vor den Augen. Auf dem Grunde des linken Gehörganges, unmittelbar am Trommelfell, war ein schwärzliches Blutgerinnsel zu sehen. Das Trommelfell selbst hatte bis auf einen schmalen, horizontalen, weisslichen Streifen in der hinteren unteren Hälfte des Trommelfells ein durchaus normales Aussehen. Es handelte sich hier möglicher Weise um eine Fractur der Schädelbasis.

(Schluss folgt.)

Laryngitis haemorrhagica.*)

Von

Dr. **Leopold Treitel**, Berlin.

Bei der Seltenheit einschlägiger Beobachtungen dürfte folgender Fall von Laryngitis haemorrhagica einiges Interesse beanspruchen. Derselbe betrifft eine 30jähr. Frau von kräftiger Constitution. Sie war stets gesund und erinnert sich insbesondere, was für die jetzige Erkrankung Beachtung verdient, nicht jemals einen Larynx-Catarrh durchgemacht zu haben. Pat. ist vier Jahre verheirathet, hat aber weder eine Entbindung, noch einen Abort durchgemacht; sie war bis vor 4 Monaten regelmässig menstruirt, von wann ab die Menses zwei Mal cessirten, ohne dass Pat. einen Grund hierfür anzugeben weiss. — Ein Grund zur Annahme einer haemophilen Disposition liegt nicht vor.

Gegen Mitte December vorigen Jahres erkrankte Pat. an einem Catarrh der oberen Luftwege, der mit einem Schnupfen begann. Am 16. traten die bis dahin zwei Mal ausgebliebenen Menses wieder ein und zwar viel stärker, als Pat. dieselben vorher zu haben pflegte. Zwei Tage darauf förderte Pat. beim Husten, der sie sehr quälte, Blutgerinnsel heraus und wurde aphonisch; flüssiges Blut wurde nie entleert. Dazu gesellte sich Athemnoth, die des Morgens am stärksten war und nach Entfernung von Blutgerinnseln nachliess, aber nicht ganz aufhörte.

Am 26. December suchte mich Pat. auf, und ich konnte folgenden Befund aufnehmen: Pat. athmet mit Dyspnoe und hustet öfter mit rauhem, bellendem Klange; sie ist vollkommen aphonisch. In Nase und Rachen finden sich die Zeichen eines acuten Catarrhs, aber kein Blutgerinnsel, dagegen sitzt eine schwarze Borke am linken Mundwinkel. Larynx: Epiglottis leicht geröthet, Taschenbänder sehr stark geschwollen und fast scharlachroth, so als ob sie jeden Augenblick losbluten könnten; auf dem linken befindet sich in der Mitte ein schwarzes Gerinnsel. Die Stimmbänder sind ebenfalls geschwollen, aber verhältnissmässig geringer als die Taschenbänder und sind nur fleckweise geröthet. Sie schliessen beim Phoniren im hinteren Theile nicht und gehen bei der Inspiration ungenügend nach aussen. Es gelingt daher nicht, einen Einblick in die Trachea zu gewinnen. Die hintere Larynxwand ist so stark geschwollen wie die Taschenbänder, etwas höckerig, und es sind auf ihr zwei Gerinnsel sichtbar, die nachher mit dem Pinsel entfernt werden und eine Länge von etwa 5 und eine Breite von 2 Mmtr. haben.

Lunge und Herz bieten nichts Abnormes.

In den folgenden Tagen war das Bild unverändert. In der Sylvesternacht nahm jedoch die Dyspnoe derartig zu, dass Pat. aus dem Schlafe durch sie erweckt wurde. Als sie Morgens zu mir kam, athmete sie mit weit hörbarem Stridor. Die laryngoscopische Untersuchung zeigte keine besondere Anhäufung von Blutgerinnseln gegenüber den vorhergehenden Tagen, dagegen erschien die Auswärtsbewegung der Stimmbänder noch vermindert. Nach Entfernung einiger Gerinnsel nahm die Dyspnoe wenig ab.

---

*) Nach einem Vortrage in der laryngol. Gesellschaft zu Berlin.

In den folgenden Tagen trat jedoch eine wesentliche Besserung aller Erscheinungen ein, so dass Pat. bereits am 5. Tage mit lauter Stimme sprechen konnte. Seit dem 9. wurden Gerinnsel weder spontan ausgehustet noch von mir entfernt. Nachdem am 15. der Larynx ein annähernd normales Aussehen wieder angenommen hat, lässt sich feststellen, dass kein Ulcus in ihm vorhanden ist, welches etwa die Ursache der Blutungen hätte sein können. Beim Einblick in die Trachea, der jetzt möglich ist, lässt sich ausser geringer Röthung nichts Abnormes constatiren.

Die Behandlung bestand ausser kalter Diät in Inhalationen einer Kochsalz-Glycerinlösung. In den ersten Tagen insufflirte ich ein Taninpulver, ging aber am 1. Januar zu Pinselungen von Arg. nitr. 1 : 20,0 über. Daneben wurde wegen des Hustenreizes Morphium verabreicht.

Bei der Beurtheilung dieses Falles wirft sich zunächst die Frage auf, ob es sich wirklich um eine Laryngitis haemorrhagica gehandelt hat, zu welchem Zwecke die Fixirung des Symptomenbildes dieser Krankheit nach den bisher veröffentlichten Fällen erforderlich ist, weil derselben von mancher Seite eine Selbstständigkeit abgesprochen wird. Wir nennen eine Laryngitis eine haemorrhagische, wenn im Verlaufe derselben Blutungen in oder auf die Schleimhaut erfolgen, welche weder durch heftige Husten- oder Brechbewegungen hervorgerufen sind, noch einer Verletzung oder einem Geschwüre ihre Entstehung verdanken. In den ersteren Fällen wird gelegentlich einmal Blut entleert, das sich in Form von Streifen dem Auswurfe beimengt, während bei der in Rede stehenden Krankheit wiederholt ohne besondere Anstrengung Blutaustritte stattfinden bei spärlichem Secrete; in den letzteren Fällen handelt es sich nicht um reine Larynxcatarrhe. Dass die Blutung nicht, wie Gottstein*) behauptet, durch Losreissen eingetrockneten Secretes von der Schleimhaut entsteht und es sich somit nur um eine Lar. sicca handle, dagegen spricht einerseits die directe Beobachtung der Borkenbildung aus austretendem Blute von Fraenkel**), andererseits das Vorkommen submucöser Haemorrhagieen und das blutschwarze Aussehen der Borken, endlich die blutstrotzende Injection der Schleimhaut in meinem Falle. Die zähe Beschaffenheit des Secretes, das zum Eintrocknen neigt, wie sie von den meisten Autoren angegeben wird, kann Folge derselben Ursache sein, welche die Blutungen erzeugt.

Als consecutive Erscheinungen der Lar. haem. sind die Dyspnoe und der Stridor, sowie die Aphonie aufzufassen, die nicht nothwendig zu ihrem Bilde gehören, aber doch in den meisten Fällen vorhanden waren. Das Characteristische bleibt das Auftreten von Blutgerinnseln bei einem Larynx-Catarrh. — Nach dem gegebenen Bilde ist wohl kein Bedenken, den vorliegenden Fall als eine Lar. haem. zu bezeichnen.

Damit ist aber nicht gesagt, dass die Nebenerscheinungen von keiner Bedeutung bei dieser Krankheit wären, im Gegentheil sie stehen bei der Behandlung im Vordergrund des Interesses und erfordern bisweilen dringende Hilfe. Die Dyspnoe kann so stark werden, dass man an eine Tracheotomie oder noch besser Intubation denken muss. In den bisher beschriebenen Fällen trat die Dyspnoe hauptsächlich ein oder mehrmals

*) Lehrbuch 1887.

**) Berl. clin. Wochenschr. No. 2, 16. September 1874.

täglich in Attaken auf, welche mit dem Aushusten von Blutgerinnseln vorübergingen. Für diese Fälle passt, was Fraenkel sagt: „In unserem Falle war es für mich sehr bemerkenswerth zu sehen, wie gering bei der vorhandenen Schwellung des Larynx das Volumen eines die Glottis beengenden Gerinnsels zu sein braucht, um Stridor und Athemnoth zu erzeugen.“ In meinem Falle waren jedoch keine besonders acuten Attaken von Dyspnoe vorhanden, sondern mehr subacute und continuirliche Dyspnoe, die sich nach Entfernung der Blutgerinnsel nur wenig besserte. Dagegen war bemerkenswerth, dass die Auswärtsbewegung der Stimmbänder beeinträchtigt war. Dasselbe beobachtete auch Strübing*) in seinem Falle, wenn er auch nicht diesen Punkt ausdrücklich hervorhebt. „Durch die Schwellung der Schleimhaut und durch die Gerinnsel wird die Glottis hochgradig verengt, so dass nur ein kleiner Spalt für die Athmung frei bleibt, der sich bei der Inspiration fast garnicht erweitert.“ Auch Boeker**) führt in seinem Falle diese Beobachtung an. „Nur bei forcirter Inspiration trat laryngealer Stridor auf, welcher durch Schwellung der Schleimhaut bedingt war.“ Ich bin daher geneigt, für das Auftreten acuter Attaken von Dyspnoe das Wachsthum der Blutgerinnsel, für die anhaltende aber die behinderte Auswärtsbewegung der Stimmbänder verantwortlich zu machen. Diese Behinderung kann mechanisch durch die Infiltration der Schleimhaut und der Muskeln veranlasst sein. Daneben können noch subglottische Schwellungen zur Erhaltung der Dyspnoe beitragen; doch entzog sich in meinem Falle diese Region der Inspection.

Besonders beachtenswerth erscheint mir der vorliegende Fall für die Anschauung über die Aetiologie der Lar. haem. Es ist auffallend, dass sich unter den 6 näher beschriebenen Fällen, die Strübing bis zum Jahre 1886 zusammenstellen konnte, drei Frauen befinden, welche diese Krankheit während oder kurz nach einer Gravidität acquirirten. Strübing glaubt daher eine Alteration der Gefässwandungen des Kehlkopfs zur Erklärung des Blutaustritts annehmen zu müssen. In meinem Falle trat die Blutung mit den Menses ein; — andere Momente, wie viele Beschäftigung am offenen Herde etc., sind auszuschliessen. In dieser kurzen Zeit der Menstruation dürfte sich wohl kaum eine Veränderung der Gefässwandungen vollziehen, welche man auch bei Graviden nicht zur Erklärung heranzuziehen braucht. Es werden vielmehr die Gefässe durch die catarrhalische Entzündung an sich schon so alterirt, dass sie zum Austritt von Blutbestandtheilen leichter disponiren als normale. Es dürfte daher wahrscheinlicher sein, dass das zur Zeit der Gravidität und Menstruation veränderte Blut leichter durch die entzündeten Gefässe tritt; von Schwangeren ist ja festgestellt, dass ihr Blut reicher an Fibrin und weissen Blutkörperchen ist. Wäre die Alteration der Gefässwände schuld, so müssten auch ohne Catarrh bei Schwangeren häufiger Blutungen im Kehlkopf vorkommen. Dagegen weist Strübing mit Recht den Versuch Boeker's u. A., den Blutaustritt durch heftige Hustenbewegungen zu erklären, zurück. Sonst müsste die Lar. haem. gerade beim Keuchhusten, den Boeker anführt, recht häufig sein, was nicht der

*) Die Laryng. haem. 1886.
**) Berl. clin. Wochenschr. 1874, cit. nach Strübing.

Fall ist. — Es dürfte sich, sollte meine Annahme richtig sein, empfehlen, darauf zu achten, ob bei Krankheiten, welche die Beschaffenheit des Blutes verändern, vorkommende Larynxcatarrhe zu Haemorrhagien neigen.

Bemerkungen zur Behandlung des juvenilen Nasenrachensarcoms.

Von

Dr. **L. Grünwald** in München.

Die kürzlich in dieser Monatsschrift veröffentlichte „Heilung eines grossen ‚typischen' Nasenrachenpolypen" veranlasst mich zu einigen Bemerkungen.

Zunächst wäre es vielleicht erwünscht, wenn Hansberg die noch bestehende Andauer der Heilung bestätigen könnte, da 8 Wochen eine zu kurze Frist ist, um Recidive auszuschliessen.

Dann erlaube ich mir zu der Angabe Hansberg's, dass er sich bald von der Unmöglichkeit, eine Schlinge um den Tumor zu legen, überzeugt habe, ihn auf meinen, in No. 20 der Münchener Med. Wochenschrift 1890 veröffentlichten Aufsatz: „Zur Operationstechnik bei retronasalen Tumoren" aufmerksam zu machen, worin er ein älteres Verfahren, mit Hilfe der Bellocque'schen Röhre eine Schlinge um schwer zugängliche retronasale Geschwülste zu legen, beschrieben finden wird. Das Verfahren ist mir bei eben solchen grossen Geschwülsten, wie H. eine schildert, geglückt, und bei Middeldorpf (Galvanocaustik 1854, S. 152) findet sich die Schilderung von drei derartigen, glücklich operirten Fällen.

Auch Hansberg wird anerkennen, dass eine Exstirpation mittelst galvanocaustischer Schlinge in einer einzigen Sitzung der successiven blutigen Abkneipung vorzuziehen ist. Denn schliesslich ist es doch nicht ganz gleich, ob, wie in seinem Falle, sich jedes Mal nach einer Sitzung fötides Secret auf der Geschwulst angehäuft findet, durch das hindurch dann ein neuer blutiger Eingriff erfolgen muss. Nicht immer wird das so glücklich ablaufen.

Weiterhin möchte ich nun zur Indication einer Operationsmethode oder überhaupt einer Operation bei Geschwülsten dieser Art bemerken, dass der H.'sche Fall nicht als Beitrag zur Behandlung „typischer" Nasenrachenpolypen gelten kann, da es immerhin, trotz seines Aussehens und seiner Consistenz etc., zweifelhaft erscheinen muss, ob das überhaupt ein „typischer" Nasenrachenpolyp war. Diese Geschwülste haben nach allen bisherigen Erfahrungen die sehr characteristische Eigenthümlichkeit, vor Eintritt der körperlichen Vollreife zu erscheinen (weshalb ich mir auch in dem citirten Aufsatze die Bezeichnung „juveniles Sarcom des Nasenrachenraumes" für dieselben vorzuschlagen erlaubte), während H.'s Patient bei Entstehung der Geschwulst bereits 29 Jahre zählte.

Da wir allen Grund haben, zu vermuthen, dass diese juvenilen Geschwülste eine eigenthümliche Physiologie besitzen, der zu Folge es möglich ist, dass dieselben spontan, wie sie gekommen (nicht nach

einem Trauma etc.), auch spontan wieder verschwinden, so ist jede Beobachtung, die das Verhalten dieser Geschwülste in ihrem Verlaufe zeigt, ausserordentlich wichtig und darum auch erst recht wichtig, dass nicht Beobachtungen an ähnlichen, jedoch nicht sicher identischen Geschwülsten, auf die ausschliesslich juvenilen angewandt werden.

Ich halte also jede Schlussfolgerung, die aus dem Verhalten des Hansberg'schen Falles auf das Verhalten „typischer" Nasenrachenpolypen überhaupt gezogen werden sollte, nicht für angebracht, insbesondere nicht die aus der Eventualität, dass auch bis jetzt kein Recidiv aufgetreten wäre.

Wenn ich von dem concreten Falle absehe, so halte ich es zwar überhaupt noch nicht an der Zeit, irgend welche allgemein giltige Maximen für das Verhalten gegenüber diesen juvenilen Geschwülsten aufzustellen, da noch zu wenig Erfahrungen über den spontanen Verlauf vorliegen und wir bisher sicher nur das wissen, dass trotz eingreifendster Operationen Recidive nicht ausgeschlossen werden können. Aber man muss die Frage der Spontanheilung (besonders da Operationen das sehr rasche Wachsthum dieser Geschwülste nur zu begünstigen scheinen) aufmerksam im Auge behalten, da es hierdurch vielleicht eines Tages ermöglicht sein wird, mit Sicherheit die Trélat'schen Sätze anzunehmen. Ich habe in meinem schon citirten Aufsatze auch 3 Fälle (ausser den durch Hansberg angeführten) von Spontanheilung mitgetheilt, nämlich von Poisson, von Rotter und mir je einen. Weitere Casuistik wird in dieser Beziehung sehr erwünscht sein, um eine Entscheidung herbeizuführen. Jetzt aber schon darf ich meine damals geäusserte Ansicht wiederholen, dass man „nach diesen Erfahrungen den juvenilen Neubildungen im Nasenrachenraume mit kälterem Blute gegenüberstehen wird".

Zum Schlusse nur noch die Bemerkung, dass ich in Hansberg's Falle allerdings die Indication zu einem raschen operativen Vorgehen auch gefunden haben würde, aber davor warnen möchte, durch den glücklichen Erfolg in diesem Falle sich ohne Weiteres zu einem gleichen Vorgehen bei wirklichen „typischen" Nasenrachenpolypen verleiten zu lassen.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber den Verlauf eitriger Mittelohrentzündungen bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin. Von Dr. Schwabach, Berlin. (Deutsche med. Wochenschrift No. 20, 1891.)

Die Beobachtungen wurden angestellt an 11 erwachsenen Lungenphthisikern und einem mit multipler Knochentuberculose behafteten 6jährigen Mädchen; im eitrigen Ohrsecrete konnten Tuberkelbacillen nur 3mal nachgewiesen werden, im Sputum 9mal. Die locale Reaction am Ohre bestand meist nur nach den ersten Einspritzungen in geringen Schmerzen, schwachem Sausen und unbedeutender Zunahme der Secretion; bei dem Kinde jedoch, welches an doppelseitigen Ohreiterungen mit Caries am

rechten Warzenfortsatze litt, trat jedesmal starke örtliche Reaction auf: beträchtliche Schwellung und Röthung der Haut über beiden Proc. mastoidei, Schmerz, vermehrte Secretion. Ein Einfluss der Injectionen auf den Verlauf der Ohrleiden konnte nicht constatirt werden; in einem Falle, bei welchem sich Tuberkelbacillen im Ohrsecrete vorfanden, trat Heilung ein, welche aber, wie Schw. richtig bemerkt, bei zweckmässiger Behandlung in derselben Weise auch anderweitig, wenngleich selten, vorkommt. Keller.

Ueber Mittelohrentzündung nach Nasenschlunddouche. Von Dr. Loewenberg, Paris. (Berliner clin. Wochenschr. No. 18, 1891.)

Ohne die mit dem Gebrauche der Nasendouche verbundenen Gefahren läugnen zu wollen, glaubt L. doch, dass dieselben im Allgemeinen überschätzt werden; den Hauptgrund derselben sieht er, und wohl mit Recht, in dem zu frühen Schnäuzen der Nase, indem dadurch leicht Flüssigkeit und mit derselben Microorganismen aus Nase und Schlund in die Paukenhöhle getrieben werden können; deshalb sollen 10 Minuten zwischen dem Gebrauche der Douche und dem Schnäuzen der Nase vergehen. Ist Flüssigkeit in die Tuben gedrungen, so empfiehlt sich die wiederholte Anwendung des Toynbee'schen Verfahrens. Zum dauernden Heben des Gaumens während der Application der Douche räth L., a singen zu lassen, weil, besonders bei Kindern, leichter ausführbar als die Vorschrift, permanent durch den Mund zu athmen. Keller.

Entstehen einer tuberculösen scrophulösen Gumma nach Perforation des Ohrläppchens. (Réveil d'une gomme scrofulo-tuberculeuse par la perforation du lobule de l'oreille.) Von Dr. Surmont. (Bulletin médical du Nord, No. 23, 1890.)

Ein 20jähriges Mädchen liess sich, um Ohrringe tragen zu können, die Ohrläppchen auf die übliche Weise durchstechen; der haselnussgrosse Tumor, an dessen Natur, den Symptomen nach zu urtheilen, kein Zweifel war, wurde ausgekratzt und mit Jodoform nebst Compression behandelt.
Dr. P. K.

---

b) Rhinologische:

Untersuchungen über Wachsthumsstörung und Missgestaltung des Oberkiefers und des Nasengerüstes in Folge von Behinderung der Nasenathmung. Von Dr. O. Körner. (Verlag von Vogel, 1891.)

Der Autor unterzieht die bei adenoiden Vegetationen bekanntlich sehr häufigen Veränderungen am harten Gaumen und den Alveolarfortsätzen des Oberkiefers einer eingehenderen Besprechung; diese Veränderungen sind characterisirt durch stärkere Wölbung (Spitzbogenbildung) des harten Gaumens, seitlicher Annäherung der Alveolenbögen mit Vorschiebung des vordersten Abschnittes, wobei oft durch Knickung der medianen Naht die Schneidezähne mit dem Kieferrande aus der senkrechten Stellung in eine mehr schräge, nach vorn gerichtete Lage gebracht werden. Am ausgeprägtesten sind diese Veränderungen zur Zeit

des Zahnwechsels, während sie bis dahin nur mässig auftreten. Bezüglich ihrer Entstehung schliesst sich K. den Anschauungen derjenigen Autoren an, welche (Robert) einmal die in Folge der erschwerten Nasenathmung verursachte mangelhafte Entwicklung des Nasengerüstes in Betracht ziehen, insofern das Gaumengewölbe dadurch gleichsam nach oben hinauf gezogen wird, andererseits (David) den Wangendruck beschuldigen, durch die seitliche Compression die Verschmälerung des Alveolartheils in der frontalen und Verlängerung in der sagittalen Ebene zu bedingen. Die Erfahrungen, welche die Zahnärzte bezüglich der Möglichkeit, den Stand einzelner Zähne sowie ganzer Kiefertheile durch einen geringen, aber permanenten Druck zu verändern, gemacht haben, lassen obige Annahmen völlig berechtigt erscheinen. Gewiss hat auch der mangelnde Lippenschluss, besonders der Oberlippe, einen wesentlichen Einfluss auf die nach aussen gerichtete Schrägstellung der oberen Schneidezähne. — K. weist auf den Unterschied zwischen rhachitischer und der in Rede stehenden Kieferabnormität hin, indem bei ersterer vorzugsweise der Unterkiefer die pathologischen Veränderungen zeigt (nämlich seitliche Verschiebung des Alveolarbogens mit Streckung des vorderen Theils, wodurch die unteren Schneidezähne in eine gerade Linie nebeneinander zu stehen kommen), während bei letzterer der Oberkiefer ausschliesslich befallen ist. — Aehnliche Veränderungen am Oberkiefer wie bei Hyperplasie der Rachenmandel finden sich bei knöchernem Verschluss der Choanen.

Der Monographie sind 2 Tafeln mit Abbildungen von Gypsabgüssen beigegeben, welche die beschriebenen Veränderungen an Gaumen und Kiefer veranschaulichen. Keller.

Die Bacterien bei der acuten und chronischen Coryza, sowie bei der Ozaena, und deren Beziehungen zu den genannten Krankheiten.
Von Dr. M. Hajek. (Berliner klin. Wochenschrift No. 33, 1888.)

In dem normalen Nasensecrete findet man nur wenige Bacterien, theils Stäbchen, theils Coccen, die man auch in der Luft antrifft. Beim acuten Schnupfen findet man in den ersten Tagen nur wenig Bacterien, insbesondere den „Diplococcus coryzae“ von ähnlichem Verhalten, wie der Friedländer'sche Pneumonie-Bacillus.

In den nächsten Tagen, wenn das Secret reichlich Eiterzellen enthält, finden sich 4—5 Bacterienarten, insbesondere auch der Fr. Pn.-B.

Bei der chronischen Rhinitis findet man Bacterien in grösserer Zahl, zumeist nicht pathogene, aber auch letztere, wie der Staphylococcus pyogenes aureus und der Erysipelcoccus, können vorhanden sein.

Die meisten bacteriologischen Untersuchungen beziehen sich auf die typische Ozaena — eine catarrhalische, zur Atrophie führende Entzündung der Nasenschleimhaut, bei welcher durch Retention und Eintrocknung von Secret ein characteristischer übler Geruch entsteht.

Bei dieser Erkrankung findet man massenhaft Coccen und Bacillen, mindestens 4—6 Arten, darunter Kapselcoccen, deren Identität mit dem Friedl. Pn.-B. sich in 7 Fällen erweisen liess. Eine pathogenetische Bedeutung für die Coryza haben die bisher gefundenen Bacterien nicht erlangt.

Der von Hajek gefundene „Bacillus foetidus coryzae", welcher auf Gelatineculturen, u. zw. bei Verflüssigung derselben, und auf Agar-Agar einen penetrant widerlichen Geruch der Culturen verursacht, ist demnach als der Urheber für den üblen Geruch des Secretes bei der Coryza anzusehen.

Der Umstand, dass die trockenen Nasencatarrhe mit Hypertrophie der Schleimhaut keinen Foetor verbreiten, beruht darauf, dass in Folge der Hyperästhesie der Schleimhaut das sich ansammelnde Secret von den Patienten bald entfernt wird, während bei der atrophischen Ozaena die Schleimhaut unterempfindlich ist, das Secret sich daher ansammelt, zu Krusten eintrocknet und so den Bacterien, darunter auch dem „Bacillus foetidus ozaenae" einen günstigen Nährboden darbietet.

Operationsmethode der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Sur le manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoides du pharynx nasal.) Von Dr. Ruault. (Cinquième Congrès français de chirurgie, März und April 1891.)

Verf. operirt in der Chloroformnarcose bei herabhängendem Kopfe. Er bedient sich dabei scharfer Löffelzangen und braucht blos eine einzige Sitzung. Die Hauptsache ist, das Fieber zu vermeiden und deshalb muss streng antiseptisch operirt werden: 3—4 Tage vor der Operation muss Salol in die Nase eingeblasen werden, ebenso 6—8 Tage lang nach der Operation. Dr. P. K.

Schiefstand der Nasenscheidewand durch ein Trauma geheilt. (Un cas de déviation de la cloison des fosses nasales corrigée par un traumatisme.) Von Dr. Potiquet. (Revue de laryngologie No. 8, 1891.)

Von den vielen, mit mehr oder weniger Recht angegebenen Ursachen des Schiefstandes der Nasenscheidewand ist das Trauma eine der wahrscheinlichsten; umgekehrt kann aber auch ein Trauma einen schon bestehenden Schiefstand verbessern. Verf. giebt ein solches, auf der Leiche eines 60jährigen Mannes beobachtetes und genau beschriebenes Beispiel, und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Ein zufällig eintretendes Trauma kann die bestehende Deviation heilen und man soll diese Ursache mit Recht in der Zahl der Behandlungsmethoden der Deviation der Nasenscheidewand mit einreihen. 2) Nicht immer bildet sich ein Callus zwischen den durch das Trauma hervorgebrachten Bruchstücken, wie das eben hier der Fall war. 3) Das vorliegende anatomische Präparat beweist, dass Krieg in Stuttgart Recht hat, zur Heilung des Uebels ein Fenster in der Cartilago quadrangularis herauszuschneiden. 4) Die an dem Präparate bestehende Richtung der Bruchlinie ist dieselbe, welche Roberts in Philadelphia zur Heilung des Uebels mit dem Messer auszuführen räth; Roberts scheint also Recht zu haben. 5) Das Präparat scheint dafür zu sprechen, dass die meisten Fälle von Schiefstand von Hypergenese des Knochen- und Knorpelgewebes herrühren.

Dr. P. K.

Ein Fall von Galvanocauterisation der mittleren Muschel, gefolgt von Meningitis. (A Case of Electro-Cauterization of the Middle Turbinated Bone, Followed by Meningitis.) Von Francis J. Quinlan, New-York. (Medical Record, 13. September 1890.)

Verf. behandelte ein 18jähriges Mädchen mehrere Monate (Absägung einer Exostosis septi, Cauterisation der Muscheln etc.), ohne dass sich die geringsten Reactionserscheinungen gezeigt hätten. Da starb plötzlich der Vater der Patientin. Bald darauf jedoch kam sie wieder zum Verf. und wurde wiederum galvanocauterisirt, und zwar an der mittleren Muschel. Schon am nächsten Tage traten beunruhigende Symptome auf: sehr viel Erbrechen, Schwindel, starker Kopfschmerz, hoher Puls, Temp. 90° F. Alles dies nahm zu, so dass Patientin am 4. Tage an Meningitis starb. Verf. schreibt den so unerwarteten Tod dem zerrütteten Nervensystem zu. W. Fr. (N.-Y.)

Ueber Aprosexia nasalis. (Sur l'aprosexie [cancre] nasale.) Von Dr. Raulin. (Revue laryngologie No. 22, 1890.)

Die verschiedenen Arten von Aufmerksamkeit, von Nachsinnen, von Zusammenfassen des Geistes, von Fleiss sind unentbehrlich zum wissenschaftlichen Fortschritt. Man kann mit dem Philosophen sagen, „dass die Verschiedenheit in der Intelligenz von der Verschiedenheit des Talentes, aufmerksam zu sein, abhängt". Die Aprosexia der Schulkinder, welche nicht taubstumm sind, hängt ab von dem Mangel an Aufmerksamkeit und von Geistesfassung; solche Kinder schauen ohne zu sehen, sie horchen ohne zu hören, sie bilden ein passives, nicht actives Wesen; die Ursache ihres geistigen Zurückbleibens liegt also in den Kindern selbst. Mit Guye nimmt Verf. eine Aprosexia physiologica, eine Apr. neurasthenica und eine Apr. nasalis an; letztere nimmt am meisten unsere Aufmerksamkeit und unsere chirurgische Behandlung in Anspruch, wie schon Rupprecht, Michel, Seiler, Hack, Elsberg, Schaeffer, Ziem und namentlich Bresgen betont haben (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1889); geistig zurückgebliebene Kinder nehmen nach erfolgreicher Behandlung der sie behaftenden adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes ihren geistigen Rang unter ihren Kameraden wieder ein; junge Leute, welche als Kinder in der Schule wegen Aprosexia nasalis nichts lernten, werden gute Universitätsstudenten, wenn die Natur sua sponte das Nasenrespirationshinderniss beseitigt hat. Verf. nimmt nun noch eine Aprosexia genitalis an; Kafemann hat an 2238 Kindern, welche ein Alter von 8—14 Jahren hatten, die Nasenstenose als Ursache der Aprosexia bewiesen. Statt solche Kinder ärztlich behandeln zu lassen, sie in freie Luft zu schicken, werden sie in ein strenges Internat gesteckt, zur Strafe werden sie zu Hause eingesperrt, müssen mit gebücktem Brustkorbe zu Hause arbeiten, sie werden mit einem Wort noch mehr „aprosexirt".

Verf. kommt zu folgenden, den Regierungen in Deutschland schon angerathenen Schlüssen: 1) Kein Kind soll ohne ärztliches Zeugniss in die Schule aufgenommen werden; 2) von Zeit zu Zeit sollen in den Schulen ärztliche Untersuchungen der obersten Luftwege vorgenommen werden; 3) alle Lehrer sollen den Aerzten die geistig zurückgebliebenen Kinder, welche durch den Mund athmen, anzeigen. Dr. P. K.

Lungenemphysem durch Verschluss der Nasengänge. (Emphysème pulmonaire par occlusion des voies nasales.) Von Dr. Cervello. (Riforma medica und Revue de laryngologie No. 23, 1890.)

Die Experimente von Sandmann nachahmend, konnte Verf. durch totalen Nasenverschluss in einigen Tagen Lungenemphysem bei vorher ganz gesunden Hunden hervorbringen. Dr. P. K.

Neue Methode, einige Nasenleiden zu behandeln. (Nouvelle méthode de traitement de quelques altérations nasales.) Von Dr. Dionisio. (Giornale della R. acc. de Turin und Revue de laryngol. No. 23, 1890.)

Die Methode ist auf mechanische Compression der Nasenschleimhaut basirt. Ein Kautschuksack wird in die Nase eingeführt und mittelst Wasser aufgeblasen. Dr. P. K.

Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Einblasen antiseptischer Pulver in die Nasenhöhle. (Le traitement de la coqueluche par les insufflations intranasales de poudres antiseptiques.) Von Dr. Gennaro Barletta. (Archiv. internat. di laring., rin., otol. und Revue de laryngologie No. 23, 1890.)

Obgleich der Microorganismus des Keuchhustens noch nicht von den Autoren dargelegt ist, so wird die Hypothese des parasitären Ursprunges der Tussis convulsiva sehr wahrscheinlich gemacht durch die nicht zu läugnenden Facta, nämlich dass die Krankheit contagiös ist, dass dieselbe eine gewisse Immunität giebt und dass die antiparasitäre Behandlung Erfolg hat. Letztere macht den Verlauf kürzer, ist leicht anwendbar, verringert die Zahl der Anfälle, hebt Brechen und Blutungen auf.
Dr. P. K.

Fibrome des Nasenrachenraums, ihre erfolgreiche Behandlung durch neue Methoden. (Fibromata of the nasopharyngeal space, their successfull treatment by new methods.) Von J. L. W. Thudichum, M. D. (Lancet, 31. Jan. 1891.)

Verf. spricht aus seiner reichen Erfahrung zunächst über die Pathologie dieser Tumoren, ihre Neigung zu Recidiven, auch nach anscheinend vollständiger Herausnahme, ihren häufigen Ursprung an dem hinteren Ende der mittleren Muschel. Sie neigen dazu, Geschwüre zu machen, entweder dass sie selbst geschwürig werden oder dass sie die anliegende Schleimhaut reizen und auf diese Art zu Verwechslung mit Ozaena Anlass geben. Er bespricht ferner die Verwachsungen mit den benachbarten Schleimhäuten, welche dann die Veranlassung zu den gefährlichen Blutungen, sowohl spontanen als auch namentlich bei Operationen geben, während der Tumor selbst meist merkwürdig wenig Gefässe hat. Nach den blutigen Operationen stirbt ein Drittel der Kranken an Anämie, ein Drittel an Pyämie und Pneumonie und ein Drittel kommt nach langem Kranksein davon. Seine Art der Operation besteht in der galvanocaustischen Zerstörung mittelst eines gabelartigen und eines spitzen Cauters. Die Neigung zu Blutungen aus den Verwachsungen wird mit vorsichtigen Injectionen von Ferrum sesquichloratum in dieselben verhütet. Die Ope-

ration wird fast ganz durch die Nase gemacht. Gestielte Theile nimmt Verf. natürlich auch mit der Schlinge weg. Mitunter ist es nöthig, einen Theil der unteren Muschel vorher wegzunehmen. Dr. M. Schm.

Fünf Fälle von Krankheiten des Sinus frontalis. (Five cases of disorder of the frontal sinuses.) Von J. W. Hulke, London. (Lancet, 14. März 1891.)

Die Fälle von Tumoren und Flüssigkeitsansammlungen machen sich oft zuerst durch Diplopie in Folge der Verdrängung des Augapfels geltend, da die Ausdehnung eher nach der Orbita zu stattfindet. Die fünf Fälle betreffen lauter solche, welche sich in der Orbita zeigten und von da aus operirt wurden. Zwei waren Retentionen von Schleim und die anderen Schleimpolypen. Sie wurden geheilt, so weit sie beobachtet werden konnten, durch Wiederherstellung des Weges in die Nase. (Die Diagnose dieser Fälle macht keine grossen Schwierigkeiten.)

Dr. M. Schm.

Ein Fall von Asthma mit Polypen und Hypertrophien der Muscheln, Operation, Heilung. (A case of asthma, with polypi and hypertrophy of the turbinated bodies, operation, cure.) Von Dr. Cholmeley und Mr. Spencer Watson, London.

Das Merkwürdige an dem Fall war, dass er bereits 18 Jahre bestanden hatte und 3 Monate (nur!) nach der Operation keinen Rückfall hatte. Die Nase wurde mit dem Ringmesser unter Chloroform operirt. Ob die Kranke geheilt bleibt? Dr. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Hysterisches Stottern. (Bégaiement hystérique.) Von Dr. Ballet. (France médicale und Revue de laryngologie No. 5.)

Patientin stottert seit einem hysterischen Anfall, aber nur des Morgens; das reine hysterische Stottern ist noch nicht beschrieben, sondern nur bei der hysterischen Aphonie erwähnt worden. Verf. hat 3 solche Fälle beobachtet. Dr. P. K.

Ein Fall von hysterischem Stummsein. Heilung durch Suggestion während der Hypnose. (Un cas de mutisme hystérique. Guérison par suggestion pendant le sommeil hypnotique.) Von Dr. Charazac. (Revue de laryngologie No. 12.)

Der Titel giebt die Krankengeschichte. Das Stummsein war auch in diesem Falle das einzige Symptom der Hysterie; dies ist schon von Charcot als Regel aufgestellt worden. Das viele Gesticuliren, wie die meisten Autoren bei hysterischem Stummsein angeben, fehlte auch. Pat. antwortete schriftlich ganz correct auf alle an sie gestellten Fragen. Das Entstehen des Mutismus ist interessant: Patientin hatte vor 2 Wochen eine Nähnadel verschluckt; die Suggestion genügte nicht zur vollständigen Heilung; es musste durch eine Morphium-Einspritzung in die linke Ovarialgegend der Ovarialschmerz gehoben werden. Dr. P. K.

Beitrag zur Pathogenese der Tumoren in einem Falle von Teratome des Pharynx, einem Hautpolypen ähnelnd. (Contribution à la pathogénie des tumeurs dans un cas singulier de tératome avec aspect de polype cutané du pharynx.) Von Dr. Petrone. (Gazetta degli Ospitali, März 1889 und Revue de laryngol. No. 1.)

Ein 6monatliches Kind zeigte einen 2 Centimeter grossen Tumor im Pharynx, welcher die gewöhnlichen Symptome hervorrief; auffallend war, dass der Tumor von einer weissen, mit dünnen Haaren besetzten Haut bedeckt war; histologisch war diese Bedeckung dieselbe, wie die äussere Foetalhaut eines neugeborenen Kindes. Dr. P. K.

Ludwig'sche Angina beim 6jährigen Kinde. (Angine de Ludwig chez un enfant de six ans.) Von Dr. Lope Carralero. (Archivi de medicina y cirurgia de los ninos und Revue de laryngol. No. 1.)

Es gelang, den Jaucheherd baldigst zu öffnen und antiseptisch zu behandeln. Genesung. Dr. P. K.

Pneumococcus der Amygdalitis follicularis. (Pneumocoque de l'amygdalite folliculaire.) Von Dr. H. Gabbi. (Sperimentale, April 1889 und Revue de laryngol. No. 18.)

Die Ursachen, deren Infectiosität zwar bewiesen ist, sind dennoch dunkel, eben weil im Munde und sogar in den Mandelcrypten so viele Arten von Microben gefunden werden. Das classische, immer constante klinische Bild der Krankheit lässt an eine einzige constante Ursache denken. Die Naturgeschichte des Pneumococcus lehrt uns übrigens die verschiedensten Wege, auf welchen er in den Organismus eindringen kann und beweist uns so die Verwandtschaft sehr verschiedenartiger Krankheiten, welche wir bis jetzt ganz von einander zu trennen pflegten, welche aber insgesammt mit denselben Symptomen (Schüttelfrost, plötzliches Beginnen, schneller Verlauf, Crisen) verlaufen. (Freudenberg, Referent.)

Die Arbeit des Verf.'s zeigt uns also eine, wenn nicht die einzige Ursache der Amygdalitis follicularis. Uebrigens haben Cornil und Netter das häufige Vorkommen von Amygdalitis bei Pneumonie hervorgehoben und den Pneumococcus in dem die Mandeln bedeckenden Exsudat gezeigt. Dr. P. K.

Influenza, complicirt mit eiternder Parotitis; Oedema glottidis, Tracheotomie, Heilung. (Grippe compliquée de parotite suppurée; oedème de la glotte; trachéotomie; guérison.) Von Dr. Lostalot. (France médicale, März 1890 und Revue de laryngologie No. 15.)

Eine 28jährige Patientin bekam Parotitis mit intensivem Character, bedeutender Schwellung und sehr hohem Fieber; Einschnitte von aussen halfen nicht; Oedema der Glottis machte die Tracheotomie nöthig. Heilung. Dr. P. K.

Ein Aneurysma im Pharynx. (A Pharyngeal Aneurysm.) Von C. W. Richardson, Washington. (The Journ. of the Amer. Med. Association, 2. August 1890.)

Das Aneurysma befand sich im rechten hinteren Pharynxgewölbe und erstreckte sich von der Höhe der Zungenbasis bis etwa zum Niveau des weichen Gaumens. Die sehr deutliche Pulsation sistirte bei Druck auf die Carotis communis. W. Fr. (N.-Y.)

Ueber die Behandlung des Cystenkropfs, der Ranula und anderer Cysten mit Chromsäure. (On the treament of cystic goitre, ranula and other cysts with chromic acid. Von E. Woakes, London. (Lancet, 21. Juni 1890.)

Verf. führt nach Entleerung der Cysten einige Tropfen einer concentrirten Chromsäurelösung in dieselben ein mittelst eines besonderen Instruments. Er lobt die Wirkung ausserordentlich.

Dr. M. Schm.

Ein Instrument zur Operation subglottischer Tumoren. Aus der Königl. Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten. Von Dr. Scheinmann. (Berliner klin. Wochenschrift No. 3, 1890.)

Das Characteristische der im Text abgebildeten, von Windler zu beziehenden Zange besteht in der stumpfwinkligen Abbiegung der schneidenden Branchen links bezw. rechts vom Stiele des Instruments. Der schneidende Theil desselben liegt also nicht in der Verlängerung seiner Axe, sondern neben derselben, wodurch die Controle über die Thätigkeit des Instruments wesentlich erleichtert wird. Näheres ist im Original nachzulesen. Heinze.

Die bulbären Krisen der diphtheritischen Lähmung bei Kindern. (The bulbar crises of diphtheritic paralysis occuring in children.) Von L. G. Guthrie, London. (Lancet, 18. u. 25. April 1891.)

Es findet sich in diesen Fällen ausser den offenbaren Lähmungserscheinungen grosse Apathie und sehr oft Unregelmässigkeiten in dem Puls. Es ist immer bedenklich, wenn ein ruhig daliegendes Kind einen Puls von 120 und darüber hat oder wenn er aussetzt. Wenn Kinder verdrossen und apathisch sind, eine schwache, nasale Sprache haben, unregelmässige, seufzende Athmung, einen losen, lautlosen Husten mit Schleimansammlung in dem Halse und einen raschen Puls, dann ist die Gefahr einer bulbären Lähmung vorhanden. In dem Anfalle steigern sich die angedeuteten Symptome, es tritt dann erschwertes Athmen und grosse Ruhelosigkeit ein, die Stimme erlischt, ebenso das Schluckvermögen. Durch die Stockung des reichlicher abgesonderten Schleimes in den Bronchien kann das Bild einer capillären Bronchitis vorgetäuscht werden, dabei geht der Puls auf 150. Besonders characteristisch ist das Erbrechen von grünlich braunen, schaumigen Massen. Das Erbrechen erleichtert manchmal, es kann aber auch das Ende herbeiführen.

In den befallenen Nerven findet sich dieselbe Structur, wie nach Durchschneidung, in den centralen Ganglien bisweilen gar nichts, mitunter Vacuolenbildung. Leichte Störungen der Ernährung und Function

wichtiger Centren können tödtliche Folgen haben, wenn man dann auch in denselben keine deutlichen Veränderungen findet.

In Bezug auf die Behandlung empfiehlt Verf. absolute Bettruhe während sechs Wochen nach dem Auftreten der Lähmungserscheinungen. Daneben natürlich Tonica etc. Zur Behandlung der Krisen lobt er sehr die Verbindung von Strychnin 0,0005 bis 0,002 und Atropin 0,0005. Zwei von drei so behandelten Fällen genasen.

Dr. M. Schm.

Ein Beitrag zu der Pathologie der laryngealen und anderer Krisen bei der Tabes dorsalis. (A contribution to the pathology of the laryngeal and other crises in tabes dorsalis.) Von Ira van Gieson, M. D., New-York. (Journ. of nervous and mental diseases, Juli 1890.)

Verf. berichtet über einen Fall, der in einem der Erstickungsanfälle mit Tod endete. Bei der Section und der microscopischen Untersuchung fanden sich die Wurzeln des Vagus und Accessorius in neuritisch entartetem Zustande. Er unterscheidet die spamodische und die paretische Form der Krisen. Er kommt dabei auf die vielfach erörterte Frage der früheren resp. stärkeren Erkrankung der Erweitererfasern im Recurrens zu sprechen. Seine im Ganzen nicht sehr klare Darstellung der Frage wird nicht gefördert dadurch, dass er die Wörter Adductoren und Abductoren mitunter verwechselt. (Ref. kann diese Bezeichnungen wegen dieser gar nicht so selten vorkommenden Verwechslungen nicht sehr practisch finden, da doch in allen Sprachen Worte für Erweiterer und Verengerer vorhanden sind.) Er erklärt die oben erwähnte Erscheinung dadurch, dass die Verengerer zusammen eine grössere Masse Muskeln darstellen und dadurch, dass die Erweiterer einen ungünstigeren Ansatzpunct hätten und dass deshalb bei gleicher Lähmung doch die Thätigkeit der Verengerer mehr zum Vorschein käme. Die Ursache der Krisen sucht er mehr in einer neuritischen Erkrankung der Wurzeln als in einer Affection der Kerne. Der Nervus laryngeus superior besteht ganz aus Fasern des Accessorius. Beim Chimpanse soll er nach Vrolik sich gar nicht mit dem Vagus vereinigen. Die neuritische Erkrankung desselben kann bis zur Anästhesie führen, wie die Fälle von Fränkel und Krause zeigen. Bei den Sectionen haben sich nach einer Anzahl Autoren in den Fällen von Larynxkrisen Atrophien an den Nerven gefunden. Verf. bespricht noch zum Schlusse die verschiedenen anderen Krisen in ihren Beziehungen zu den betreffenden Nerven. Dr. M. Schm.

Der Werth der Intubation des Kehlkopfs in Verbindung mit anderen Operationen. (The value of intubation of the larynx in connection with other operations.) Von J. Mount Bleyer, M. D. (New-York. Journ. of the amer. med. Association, 13. Mai 1890.)

Verf. empfiehlt die Intubation, wenn auch nur mit einem Katheter, bei schwierigen Fällen von Tracheotomie. Er wandte dieses Verfahren in einem Falle von Retropharyngealabscess an, der beinahe zur Erstickung geführt. Dann beschreibt er noch einen Fall von syphilitischer Stenose des Kehlkopfs, bei deren Beseitigung ihm die Intubation von sehr grossem Nutzen gewesen. Dr. M. Schm.

Ein Fall von Papillom des Kehlkopfs. (Lancet, 23. Mai 1891.)

Dr. Semon und Mr. Shattock zeigten in der pathologischen Gesellschaft in London ein von dem Ersteren operirtes Papillom von der aryepiglottischen Falte, das durch einen oder mehrmals wiederholten Bluterguss in Gestalt einer Schale das Ansehen eines Angioms gewonnen hatte. Erst durch die microscopische Untersuchung wurde die Natur des Tumors festgestellt. Dr. M. Schm.

Zweiblättriger permanenter Dilatator der Trachea. (Dilatateur bivalve permanent de la trachée.) Von Dr. Francesco Egidi. (Revista de laryngol., März 1890 und Revue de laryngol. No. 13.)

Das Instrument soll die Tracheotomie einfacher, leichter und schneller gestalten. Die Beschreibung giebt keine rechte Vorstellung vom Instrument und muss dasselbe in natura gesehen werden. Dr. P. K.

Behandlung der Struma mit Einspritzungen von Jodtinctur. (Traitement du goître par les injections interstitielles de teincture d'iode.) Von Dr. Terillon. (Bulletin génér. de thérapeut. und Revue de laryngologie No. 5.)

Verf. giebt die Methode, um diese Einspritzungen gefahrlos zu machen und zieht sie allen anderen Methoden, namentlich den Jodoformäther- und den Solut. Fowleri-Einspritzungen vor. Dr. P. K.

Ueber Krebs der Glandula thyroidea. (Du cancer du corps thyroide.) Von Dr. Orcel. (La Province médicale und Revue de laryngol. No. 5.)

Die lange Abhandlung endet mit folgenden Schlüssen: 1) Das Leiden ist häufiger, als man annimmt, und mehr primär als secundär. 2) Es kommt zwischen 40 und 60 Jahren vor, meist in Folge eines praeexistirenden Kropfes. 3) Der histologische Bau ist characteristisch. 4) Die Metastasen in Lunge und Mediastinum sind sehr häufig. 5) Prognose schlecht, Dauer höchstens 6 Monate; der Tod tritt meistens durch Compressionserscheinungen ein; Tod durch Cachexie ist selten. 6) Selbst wenn die ganze Drüse entartet ist, treten nie Symptome von Myxoedem ein. 7) Radicalbehandlung unmöglich. Tracheotomie hilft gewöhnlich nur auf sehr kurze Zeit; Circumthyroidectomie lindert noch am meisten. Dr. P. K.

Ein Fall von Thyroiditis im Verlaufe von Mumps. (Sur un cas de thyroidite survenue au cour des oreillons.) Von Dr. Matignon. (Gazette hebdomadaire des sciences médicales und Revue de laryngologie No. 11.)

Ein 21jähriger Mann zeigte am dritten Tage einer Parotitis eine acute Thyroiditis: Wärme, Härte, Schwellung, Schmerz; bald darauf trat eine linksseitige Hodenentzündung auf. Verlauf normal. Dr. P. K.

Schusswunden des Larynx und der Trachea. (Des plaies par armes à feu du larynx et de la portion cervicale de la trachée.) Von Dr. Petit. (Thèse de Paris und Revue de laryngologie No. 5.)

Schlechte Prognose. Die Tracheotomie soll immer am Orte des Unfalles selbst, auch wenn keine Erstickungserscheinung momentan vorhanden ist, ausgeführt werden. Die Patienten sollen nie ohne Canüle transportirt werden. Dr. P. K.

Zerquetschung des Gesichtes, Larynxfractur. (Ecrasement de la face, fracture du larynx.) Von Dr. Chapotat. (Lyon médical, December 1889 und Revue de laryngologie No. 5.)

Ein Arbeiter bekam eine schwere Steinmasse auf's Gesicht; alle Gesichtsknochen waren zermalmt; durch plötzliches Andrücken des zermalmten Unterkiefers an die Cartilago thyroidea trat Fractur der letzteren ein; die Tracheotomie half nicht; Trachea und Bronchien zeigten sich bei der Section mit Blut angefüllt. Dr. P. K.

Larynxexstirpation ohne vorherige Tracheotomie. (Extirpation du larynx sans trachéotomie pialable.) Von Dr. Périer. (Société de chirurgie, März 1890 und Revue de laryngol. No. 12.)

Verf. beschreibt die Operation, welche wegen eines malignen, auf dem linken Stimmbande aufsitzenden Tumors vorgenommen wurde. Die meisten Autoren verwerfen diese Methode als gefährlich und rathen die classische Operation an. Dr. P. K.

Larynxsutur; klinische und experimentelle Studie. (La suture du larynx; étude clinique et expérimentale.) Von Dr. Lévi. (Il Morgagni, März 1890 und Revue de laryngol. No. 12.)

Ein junger Mann schnitt sich mittelst Rasirmesser den Cucullaris, den Splenius, beide Sternocleidomastoidei, alle Muskeln unterhalb des Zungenbeins, die Venae jugularis externae und anteriores, die Arteria laryngea inferior, den Larynx und die Ligamenta cricothyroidea medium et lateralia durch. Heilung in 10 Tagen durch Sutur. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) In allen transversalen, blos einmal geführten Schnittwunden ist die Sutur möglich; 2) sie muss aber schichtenweise vorgenommen werden: Catgutsutur der Mucosa, Silbersutur unter der Glottis, Catgutsutur an den übrigen Larynxtheilen; schichtenweise Nähte an den übrigen Weichtheilen; 3) Catgutnaht der Knorpel blos nach vorher ausgeführter Tracheotomie; 4) die intralaryngeale Desinfection muss durch Inhalationen gemacht werden: 5) Drainage vor der Trachea zur Verhütung des Emphysems; 6) bei Hautschwunden und multiplen Schnittwunden ist die Larynxsutur nicht angezeigt. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Pathogenese des Morbus Basedowi. (Contribution à l'étude de la pathogénie du goître exophthalmique.) Von Dr. Alfred Bienfait. (Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique No. 8, 1890.)

Verfasser kommt am Ende seiner gediegenen Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1) Die Exstirpation der Corpora restiformia bringt bedeutende Circulationsstörungen hervor, bald eine Vermehrung, bald eine Verminderung des Blutdruckes. 2) Dieselbe Verletzung kann Tachycardie oder Verminderung der Zahl der Pulsschläge hervorbringen. 3) Die Tachycardie scheint nicht immer die Folge der intrabulbären Section des Vagus zu sein. 4) Es bilden sich Symptome nervöser Reizung, Zittern, clonische und tonische Krämpfe. 5) Kopf, Lungen und Corpus thyroideum zeigen in einigen Fällen auffallende Hyperämie. 6) In 37 pCt. kommt Exophthalmus, welcher durch Paralyse der Tunica muscularis der retrobulbären Gefässe hervorgerufen zu sein scheint. 7) In den Fällen, wo nervöse Reizbarkeit und Exophthalmus mit Tachycardie und Hyperämie der Schilddrüse verbunden sind, hat man das classische Bild des Morbus Basedowi. 8) Das causale Moment besteht demnach in einer Lähmung, welche auf den Bulbus übergeht, namentlich auf die Gegend, wo der Kern des Vagus sich befindet. 9) Bei den mit Morbus Basedowi behafteten Patienten ist es nicht absolut bewiesen, dass der Vagus gelähmt sei, obwohl einige Thatsachen dafür sprechen. Dr. P. K.

Morbus Basedowi, Oedema glottidis in Folge einer Gumma der Cartilago cricoidea, Tod. (Goître exophthalmique et oedème de la glotte symptomatique d'une gomme du cartilage cricoïde; mort.) Von Dr. Dennetières. (Journal des sciences médicales de Lille und Revue de larngol. No. 5.)

Eine 34jährige Frau kam mit Morbus Basedowi und Erstickungserscheinungen ins Spital. Die Tracheotomie wurde nicht ausgeführt (!) und Patientin starb dieselbe Nacht. Die Section ergab einfachen, nicht retrosternalen Kropf; Flachsein des Larynx von vorne nach rückwärts, Medianstellung der Stimmbänder, Oedem des Aditus laryngis; ulcerirte Gumma der Platte des Ringknorpels, Bloslegen des Knorpels sowie der beiden Giessbeckenknorpel, zerstörte Insertionen der Musculi cricoarytaenoidei postici. (Hätte man laryngoscopirt und folglich dem laryngoscopischen Befunde gemäss operirt, so wäre nicht nur die Diagnose mehr oder weniger richtig gestellt worden, sondern Patientin wäre am Leben geblieben. Ref.) Dr. P. K.

Physiologie der Nervi recurrentes. (De la physiologie des nerfs recurrents.) Von Dr. Ch. Livon. (Société de Biologie de Paris, Séance du 31 Mai.)

Verf. betont die entgegengesetzten Resultate, zu welchen die neuesten Forscher gelangt sind, und giebt seine auf mit Chloral und Morphium intraperitoneal anaesthesirten Hunden gemachten Experimente und deren Schlussfolgerungen. Dr. P. K.

Ueber die ergiebigen Einschnitte rings um die Glandula thyroidea bei Krebs derselben. (Des larges incisions circonthyroidiennes dans le cancer du corps thyroide.) Von Dr. Poncet. (Gazette des hôpitaux und Revue de laryngologie No. 5.)

Die Totalexstirpation ist unmöglich; man macht einen Kreuzschnitt über den ganzen Tumor, schneidet die Musculi hyoidei und thyroidei ein und löst selbe los, löst endlich alle tiefer gelegenen Theile los und näht die Wunde zu. Gewöhnlich heilt die Wunde per primam und hört die Dyspnoe auf. Diese Methode wird also mit Recht der in diesen Fällen ebenfalls symptomatisch ausgeführten Tracheotomie zur Seite gestellt.

Dr. P. K.

Ein eigenthümlicher Fall von Asthma. (A peculiar Case of Asthma.) Von A. P. Rockey, Assumption, Ill. (The Cincinnati Lancet-Clinic, 24. Januar 1891.)

Verf., der Nachts zu einem an schwerem Asthma leidenden Patienten gerufen wurde, verordnete demselben ein Brechmittel. Erleichterung trat sofort ein, aber am nächsten Tage war der Anfall nur noch schlimmer. Patient bekam wiederum eine gehörige Dosis Ipecacuanha und zum Erstaunen Aller entleerte er unter grossen Schmerzen eine Masse, welche wie eine abgeschälte Banane aussah. Es stellte sich jedoch bald heraus, dass dies ein Stück Speck war! Klagen über grosse Schmerzen in den Bronchien waren vorausgegangen. Das Stück „Fleisch" war gestielt.

W. Fr. (N.-Y.)

Fibröser Polyp der Luftröhre. (Fibroid polypus of the trachea.) Von Bidwell, London. (Lancet, 8. Novbr. 1890.)

Verf. zeigte in der pathologischen Gesellschaft in London einen solchen, bei einem 5jährigen Knaben gefundenen vor. Die Symptome waren erst 14 Tage vor dem Tode aufgetreten und 2 Tage vor demselben die Tracheotomie gemacht worden. Mr. Williams erwähnte in der Discussion, dass er auch einen gleichen Fall gesehen habe, welcher durch Spaltung der Luftröhre geheilt worden sei. Dr. M. Schm.

Nachricht über einen günstigen Fall von Oesophagotomie zur Entfernung einer Zahnplatte, welche 5 Jahre und 9 Monate in dem Oesophagus eingekeilt gewesen. (Note on a successfull case of oesophagotomy for removal of a toothplate impacted in the oesophagus for five years and nine months.) Von Willoughby Furner. (Lancet, 2. Mai 1891.)

Bemerkenswerth ist die lange Dauer der Einkeilung. Verf. meint bezüglich der Nachbehandlung, dass es am besten sei, den ersten Tag durch Clysmata zu ernähren, dann aber im Sitzen gleich flüssige Nahrung schlucken zu lassen. Dr. M. Schm.

Käsig entartete Drüsen in den Oesophagus durchgebrochen. (Caseous glands opening into the oesophagus.) Von Dr. Voelker, London. (Lancet, 29. Novbr. 1890.)

Verf. zeigte ein solches Präparat in der pathol. Gesellschaft in London. Es war eine in der Höhe der Theilung der Luftröhre gelegene Drüse. Unter 2504 Sectionen in dem Hospital for sick children wurden nur 4 derartige Fälle gefunden. Dr. M. Schm.

Unüberwindliche narbige Strictur am unteren Ende des Oesophagus, Gastrotomie. (Rétrécissement cicatriciel infranchissable à la partie inférieure de l'oesophage. Gastrotomie.) Von Dr. Terrillon. (Progrès médical, März 1890 und Revue de laryngol. No. 13.)

Ein 18jähriger Mann hatte ätzende Flüssigkeit genossen, nach sechs Monaten musste die Gastrotomie wegen totalen Oesophagusverschlusses ausgeführt werden; letztere gelang vollständig; Patient aber gab sich dem Trinken hin, wurde tuberculös und starb nach 18 Monaten.

In einem zweiten Falle bestand eine Stenose des Oesophagus in Folge eines Geschwüres; der Spasmus spielte eine Hauptrolle dabei. Die Gastrotomie erhielt dem Kranken das Leben und erlaubte eine allmählige Dilatation der Strictur, nachdem der Spasmus durch die Operation aufgehoben war. Dr. P. K.

Spontanes Aneurysma der Carotis interna. (Anèvrisme spontané de la carotide interne.) Von Dr. Clementi. (Riforma medica, April 1890 und Revue de laryngologie No. 15.)

Spontanes Aneurysma der Carotis interna fast ganz durch Ligatur der Carotis communis geheilt; das Aneurysma hatte eine bedeutende, die Mandel, das Velum, die Arcus und die Uvula verdrängende Geschwulst erzeugt. Verf. macht practische Bemerkungen über Diagnose und Therapie der Halsaneurysmen. Dr. P. K.

Studie über Tabes dorsalis in Bezug auf die Symptome des Gehörorganes und des Larynx. (Etude sur la symptomatologie du tabes dorsal au point de vue spécial des phénomènes de l'oreille et du larynx.) Von Dr. Marini. (Rivista clinica e terap., April 1890 und Revue de laryngol. No. 13.)

Die verschiedenartigsten Pharyngeal- und Laryngealsymptome können bei Tabes eintreten und helfen zur Diagnose; bei vorgeschrittener Tabes sind diese Symptome auch mehr ausgesprochen. Dr. P. K.

Kornkern in der Lunge; Tracheotomie; Heilung. (Un grain de blé dans le poumon; trachéotomie; guérison.) (Virginia médical Monthly und Revue de laryngologie No. 15.)

Ein 4jähriges Kind hatte einen Kornkern verschluckt, welcher in die obersten Luftwege gelangte. Die Tracheotomie musste ausgeführt werden und während eines heftigen Hustenanfalles wurde ein grosser Kornkern durch die Canüle entfernt. Heilung.

In einem zweiten Fall wurde die Tracheotomie verweigert, das Kind kam immer mehr herab; ein sich bildender Lungenabscess perforirte in einen Hauptbronchus; der Eiter und mit ihm der Kornkern wurden ausgeworfen; das Kind heilte nach langem Krankenlager. Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea. (Corps étranger de la trachée.) Von Dr. Antonio Linarez. (Gazeta medica Catalana, Juli 1889 und Revue de laryngologie No. 5.)

Ein künstliches Gebiss, bestehend aus zwei an einer Kautschukplatte befestigten Zähnen, wurde während des Schlafes aspirirt. Tracheotomie wegen Erstickungserscheinungen; 9 Tage nach der Operation versuchte man vergebens den Fremdkörper durch die Glottis zurückzuschieben. Verf. führte die Cricothyrotomie aus und entfernte künstlich den Fremdkörper. Verf. widerlegt durch dieses Beispiel den Ausspruch Nélaton's, welcher behauptete, ein mehr als 2 Centimeter messender Fremdkörper könne nicht in die Trachea gelangen. Dr. P. K.

Wie giebt das Micrographophon Halskrankheiten wieder? (How the micrographophon records throat diseases.) Von Dr. Mount Bleyer, New-York. (World, 29. Novbr. 1890.)

Verf. hat mit dem von Bettini verbesserten Instrument versucht, Stimmen, besonders kranke, aufzunehmen und dann wiederzugeben, theils als eine Art Beleg für den Erfolg einer Behandlung, theils um gewisse besondere Eigenthümlichkeiten von Halssymptomen zu Zwecken des Unterrichts aufzubewahren. So hat es die heiseren Noten eines Sängers vor und die reinen nach der Behandlung gezeigt, so den characteristischen Husten eines Phthisikers so täuschend wiedergegeben, dass die Zuhörer von dem Apparat sich entfernten, um nicht vollgehustet zu werden.

Es hat diese Art gewiss viel für sich, bei uns sind leider die Instrumente noch zu selten. Dr. M. Schm.

Aristol, ein neues Antisepticum. (L'aristol, un nouvel antiseptique.) Von Prof. Dr. Rohrer. (Archive ital. de laring. No. 2, 1890 und Revue de laryngologie No. 15.)

Aristol ist das Product der Verbindung von Jod, Kalium jodatum, Thymol. hydrolicum und Natrum carbonicum. Es sistirt lang dauernde Otorrhoe und chronischen Nasenfluss in den Fällen, wo Borsäure, Jodoform und Jodol im Stiche liessen. Dr. P. K.

III. Inserate.

Special-Katalog 1890 der Instrumente für Hals, Nase, Ohr

wird den Herren Aerzten auf Wunsch gratis zugesandt.

H. Pfau, Berlin, Dorotheenstr. No. 67 und Klosterstr. No. 30

Königl. Hoflieferant, Fabrikant chirurg. Instrumente und Bandagen.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben ist erschienen:

Gefrierdurchschnitte
zur
Anatomie der Nasenhöhle.

Herausgegeben von Prof. Dr. **B. Fränkel.**

Erstes Heft. 1890. Mit 6 Tafeln. 9 M.

Zweites Heft. 1891. Mit 11 Tafeln. 16 M.

INHALT.

I. Originalien: Kayser: Bericht über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle. — Treitel: Laryngitis haemorrhagica. — Grünwald: Bemerkungen zur Behandlung des juvenilen Nasenrachensarcoms. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Schwabach: Ueber den Verlauf eitriger Mittelohrentzündungen bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin. — Loewenberg: Ueber Mittelohrentzündung nach Nasenschlunddouche. - Surmont: Entstehen einer tuberculösen scrophulösen Gumma nach Perforation des Ohrläppchens. — b) Rhinologische: Körner: Untersuchungen über Wachsthumsstörung und Missgestaltung des Oberkiefers und des Nasengerüstes in Folge von Behinderung der Nasenathmung. — Hajek: Die Bacterien bei der acuten und chronischen Coryza, sowie bei der Ozaena, und deren Beziehungen zu den genannten Krankheiten. — Ruault: Operationsmethode der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. — Potiquet: Schiefstand der Nasenscheidewand durch ein Trauma geheilt — Quinlan: Ein Fall von Galvanocauterisation der mittleren Muschel, gefolgt von Meningitis. — Raulin: Ueber Aprosexia nasalis. — Cervello: Lungenemphysem durch Verschluss der Nasengänge. — Dionisio: Neue Methode, einige Nasenleiden zu behandeln. — Barletta: Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Einblasen antiseptischer Pulver in die Nasenhöhle. — Thudichum: Fibrome des Nasenrachenraums, ihre erfolgreiche Behandlung durch neue Methoden. — Hulke: Fünf Fälle von Krankheiten des Sinus frontalis. — Cholmeley und Watson: Ein Fall von Asthma mit Polypen und Hypertrophien der Muscheln. — c) Pharyngo-laryngologische: Ballet: Hysterisches Stottern. — Charazac: Ein Fall von hysterischem Stummsein. Heilung durch Suggestion während der Hypnose. — Petrone: Beitrag zur Pathogenese der Tumoren in einem Falle von Teratome des Pharynx, einem Hautpolypen ähnelnd. - Carralero: Ludwig'sche Angina beim 6jährigen Kinde. — Gabbi: Pneumococcus der Amygdalitis follicularis. — Lostalot: Influenza, complicirt mit eiternder Parotitis: Oedema glottidis, Tracheotomie, Heilung. — Richardson: Ein Aneurysma im Pharynx. — Woakes: Ueber die Behandlung des Cystenkropfs, der Ranula und anderer Cysten mit Chromsäure. — Scheinmann: Ein Instrument zur Operation subglottischer Tumoren. — Guthrie: Die bulbären Krisen der diphtheritischen Lähmung bei Kindern. — van Gieson: Ein Beitrag zu der Pathologie der laryngealen und anderer Krisen bei der Tabes dorsalis. — Bleyer: Der Werth der Intubation des Kehlkopfs in Verbindung mit anderen Operationen. — Semon und Shattock: Ein Fall von Papillom des Kehlkopfs. — Egidi: Zweiblättriger permanenter Dilatator der Trachea. — Terillon: Behandlung der Struma mit Einspritzungen von Jodtinctur. — Orcel: Ueber Krebs der Glandula thyroidea. - Matignon: Ein Fall von Thyroiditis im Verlaufe von Mumps. — Petit: Schusswunden des Larynx und der Trachea. — Chapotat: Zerquetschung des Gesichts, Larynxfractur. — Périer: Larynxexstirpation ohne vorherige Tracheotomie. — Lévi: Larynxsutur. - Bienfait: Beitrag zur Lehre der Pathogenese des Morbus Basedowi. — Dennetières: Morbus Basedowi, Oedema glottidis in Folge einer Gumma der Cartilago cricoidea, Tod. - Livon: Physiologie der Nervi recurrentes. — Poncet: Ergiebige Einschnitte rings um die Glandula thyroidea bei Krebs derselben. — Rockey: Ein eigenthümlicher Fall von Asthma. — Bidwell: Fibröser Polyp der Luftröhre. — Furner: Nachricht über einen günstigen Fall von Oesophagotomie zur Entfernung einer Zahnplatte, welche 5 Jahre und 9 Monate in dem Oesophagus eingekeilt gewesen. — Voelker: Käsig entartete Drüsen in den Oesophagus durchgebrochen. — Terrillon: Unüberwindliche narbige Structur am unteren Ende des Oesophagus, Gastrotomie. — Clementi: Spontanes Aneurysma der Carotis interna. — Marini: Studie über Tabes dorsalis in Bezug auf die Symptome des Gehörorganes und des Larynx. — Kornkern in der Lunge. — Linarez: Fremdkörper in der Trachea. — Bleyer: Wie giebt das Micrographophon Halskrankheiten wieder? — Rohrer: Aristol, ein neues Antisepticum. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, Juli 1891.** **No. 7.**

I. Originalien.

Bericht über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. **R. Kayser.**

Mit Vorbemerkungen von Professor Dr. Gottstein.

(Schluss.)

B. Krankheiten des Kehlkopfs, des Rachens und der Nase.

Krankheit.	Männliche	Weibliche	Zusammen	
Kehlkopf:				
Laryngitis acuta	36	18	54	
Laryngitis chronica	47	26	73	
Laryngitis sicca	16	6	22	
Laryngitis hypoglottica	3	1	4	
Pachydermia laryngis	2	—	2	
Oedema laryng. genuin.	3	—	3	
Tuberculosis laryng.	23	11	34	
Lupus laryng. et nas.	1	—	1	242
Lues laryngis	4	1	5	

Krankheit.	Männliche	Weibliche	Zusammen	
Tumores laryngis benigni	2	8	10	
Tumores maligni laryngis	2	—	2	
Laryngospasmus	2	—	2	
Aphonia spastica	1	1	2	
Paresis m. thyreo-arytaenoidei int.	3	18	21	
Paralysis m. postici	—	1	1	
Paralysis n. recurrent.	2	4	6	
Rachen:				
Pharyng. acut. und Angina acut.	17	19	36	
Pharyng. chronica	64	77	141	
Pharyng. granul. et lateral.	11	17	28	
Pharyng. sicca	17	25	42	
Pharyng. mycotica	2	1	3	
Abscess. retropharyngeal.	1	—	1	
Pharyng. syphilit.	3	10	13	
Paraesthesia pharyng.	6	21	27	
Angina follicul.	8	22	30	
Angina phlegmonosa	15	15	30	
Hypertrophia tonsillar. chron.	7	15	22	520
Pharyng. retronasalis	—	7	7	
Hypertroph. tons.phar.(Veget.aden.)	48	50	98	
Bursitis	2	—	2	
Tumores retronasal.	1	4	5	
Uvula elongat. (Polyp. uvulae)	4	1	5	
Palatum fissum.	1	—	1	
Paralys. vel. palatin.	1	1	2	
Hypertroph. tonsill. lingual.	5	17	22	
Glossodynie	1	—	1	
Stomatitis aphthos.	1	3	4	
Nase:				
Acne	1	2	3	
Periostitis	1	2	3	
Eczem. adit. nar.	13	25	38	
Rhinit. acut.	2	2	4	
Rhinit. chronic.	30	26	56	
Rhinit. hypertroph.	20	28	48	
Rhinit. atroph. (Ozaena).	16	31	47	
Coryza nervos.	1	7	8	
Lues nasal.	2	5	7	
Epistaxis	7	5	12	
Synechiae	—	2	2	325
Perichondritis septi traumatica	2	1	3	
Difformationes post influenzam.	—	2	2	
Deviatio septi	21	9	30	
Perforat. septi simpl.	1	3	4	
Polypi narium	23	9	32	
Alii tumores	3	1	4	
Corp. alien. in nas.	3	1	4	
Catarrh. sin. frontal.	—	6	6	
Empyema antr. Highmori	4	8	12	

Krankheit.	Männliche	Weibliche	Zusammen	
Varia:				
Parotitis	4	2	6	
Struma	6	20	26	
Bronchitis	6	2	8	107
Alii morbi	13	18	31	
Sine diagnosi	17	19	36	
Summa	554	637	1194	

Unter den ausgeführten Operationen seien erwähnt:

Exstirpation von Kehlkopfpolypen	5
Curettement tubercul. Larynx-Geschwüre	7
Exstirpation hypertroph. Tonsillen	7
Schlitzung der Mandeln	6
Operation eines Uvula-Polyps	1
Exstirpation von Retronasaltumoren	2
Operation adenoider Vegetationen	64
Durchtrennung von Synechien in der Nase	3
Spaltung von Abscessen des Septum	3
Beseitigung von Deviationen und von Cristae septi	5
Exstirpation von Nasenpolypen	29
Abschnürung hypertrophischer Muscheln	13
Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase	4
Operationen des Empyema antri Highmori	5.

Bemerkungen.

Bei der Laryngitis acuta ist erwähnenswerth, dass unter den 54 beobachteten Fällen 22 im Anschluss an die Influenza aufgetreten sind.

Bei der Laryngitis sicca ist von ätiologischem Interesse, dass unter den männlichen Kranken eine verhältnissmässig grosse Zahl Feuerarbeiter (Schlosser etc.) betrifft und unter den 6 weiblichen Kranken 4 Köchinnen resp. Dienstmädchen sind, worauf schon M. Schmidt und Gottstein aufmerksam gemacht haben.

Von den 3 Fällen genuinen Kehlkopfoedems sind 2 bis zu Ende beobachtet. Der eine Fall betrifft einen 22jährigen Arbeiter, der seit 3 Tagen über Schmerzen beim Schlingen klagte, und bei dem Oedem des linken Aryknorpels mit einem Eiterpünktchen auf dessen Vorderfläche constatirt wurde. Auf Eisbehandlung war das Oedem in 4 Tagen vollkommen verschwunden. Der zweite Fall bezieht sich auf einen 42jähr. Haushälter, der erst unter Fieber an einer acuten Rachenentzündung (?) erkrankt war, welche in einigen Tagen vorüberging. Dann traten wieder Schlingschmerzen der rechten Seite auf und nun war ein starkes Oedem des rechten Aryknorpels zu sehen, dessen Vorderfläche ein Bläschen zeigte, das in den ersten Tagen sich vergrösserte, dann aber wieder kleiner wurde; in 10 Tagen war die Krankheit vollkommen beseitigt.

Bei der Larynxtuberculose ist ein Fall erwähnenswerth, wo auch ein tuberculöses Geschwür an der Spitze der Uvula und auf der nasalen Fläche des weichen Gaumens (rhinoscopisch zu constatiren) vorhanden war. Das abgekratzte Secret des letzteren enthielt zahlreiche Tuberkelbacillen.

Bei der Behandlung des tuberculösen Kehlkopfgeschwüres wurde das Curettement, die Milchsäure und 10procentiges Carbolglycerin mit Vortheil angewendet. In einzelnen Fällen wurde dadurch eine sichtbare Vernarbung der Geschwüre erzielt, wenn auch zuweilen wieder Recidive eintraten. Das 10procentige Carbolglycerin ist der Milchsäure in vielen Fällen ebenbürtig und hat den Vorzug, nicht nur weniger Schmerzen zu machen, sondern sogar schmerzlindernd zu wirken. Versuche mit Pyoktanin ergaben keine befriedigenden Resultate.

Unter den Fällen von Lues laryngis bestand in dem einen Fall eine hochgradige Stenose. Die betreffende Kranke, eine 29jährige Frau, war im Sommer wegen Perichondritis im Hospital tracheotomirt worden. Zur Zeit der Untersuchung im September bestand noch ein Geschwür auf der Spitze der Epiglottis und eine so hochgradige Verengerung der Stimmritze, dass die Trachealcanüle noch getragen werden musste. Die Kranke wurde mit Schrötter'schen Bougies behandelt, entzog sich aber nach einiger Zeit der weiteren Beobachtung.

In einem zweiten Fall, bei einem 18jähr. Schuhmachersohn, bestand anscheinend schon seit mehreren Jahren eine membranöse Verwachsung der vorderen Hälften der Stimmbänder. Irgend eine Athembehinderung war nicht vorhanden. Eine grosse Perforation in der Mitte des Gaumens, Defect der ganzen unteren Nasenscheidewand, sowie die Anamnese stellten die Diagnose einer hereditären Lues ausser Zweifel.

Unter den gutartigen Larynxtumoren befinden sich 3 Fälle von Papillomen. In dem einen Falle, wo es sich um ein 11jähriges Mädchen handelte, gelang es zwar, einzelne Geschwulsttheile intralaryngeal zu entfernen, allein schliesslich musste das Kind doch der chirurgischen Klinik überwiesen werden, wo die Thyreotomie mit nachfolgender Entfernung der Neubildungen ausgeführt wurde.

Von den 2 Fällen bösartiger Larynxtumoren ist der eine nur kurze Zeit in Beobachtung gewesen; in dem anderen — 70jähr. Mann — fand sich eine grosse ulcerirende Geschwulstmasse, welche den Kehldeckel und die glosso-epiglottischen Falten einnahm. Die Stimmbänder selbst waren, soweit sie sichtbar, frei. Auch war die Stimme nicht heiser, hatte jedoch den eigenthümlichen Character einer „gedeckten" Stimme.

Unter den 6 Fällen von totaler Recurrenslähmung betreffen 5 das linke, einer das rechte Stimmband. Im letzteren Falle hatte vor einem halben Jahre eine syphilitische Infection stattgefunden. Bei den übrigen war als Ursache der Lähmung ein Mal Struma, ein Mal Aortenaneurysma nachzuweisen. In einem Falle zeigten sich bei linksseitiger Recurrenslähmung zahlreiche grosse Drüsengeschwülste auf der rechten Halsseite und eine Vorwölbung des Brustbeins, also wahrscheinlich ein Mediastinaltumor. In zwei Fällen linksseitiger Stimmbandlähmung zeigte der Aryknorpel der gelähmten Seite eine auch schon früher von mir beobachtete Bewegung, die ich „Pendelzuckung" nennen möchte. Sie besteht darin, dass der Aryknorpel der gelähmten Seite, sobald die Stimmbänder nach der Phonation die Inspirationsstellung erreicht haben, eine zuckende Bewegung nach der Mittellinie und wieder zurück macht. Bewegungen des Aryknorpels bei Recurrenslähmung sind schon seit lange bekannt und wohl darauf zurückzuführen, dass die Mm. transversi auch

vom N. laryng. sup. versorgt werden (Exner). Die Pendelzuckung, die übrigens durchaus nicht in allen Fällen von Recurrenslähmung zu beobachten ist, lässt sich vielleicht als ein Sehnenreflex auffassen, analog dem Knie- oder Fussphänomen. Bei der auf die Phonation folgenden Inspiration wird durch den Posticus der gesunden Seite ein Zug auf den erschlafften Muscul. transversus ausgeübt, und da wegen Lähmung des M. posticus der anderen Seite dieser Aryknorpel nicht fixirt ist, wird er durch eine Reflexzuckung des M. transversus nach Innen bewegt.

In dem Falle von rechtsseitiger Recurrenslähmung wurde die eigenthümliche Bewegungserscheinung beobachtet, dass bei jeder Phonation die rechte Kehldeckelhälfte eine zuckende Bewegung nach links machte.

Bei der Pharyngitis resp. Tonsillitis mycotica, deren Unterscheidung von einer syphilitischen Erkrankung oft grosse Schwierigkeiten macht, hat zuweilen, nachdem alle Mittel erfolglos geblieben waren, eine Aetzung der Mandeloberfläche mit Chromsäure vollkommenen und dauernden Erfolg erzielt.

Bei der Angina phlegmonosa treten bekanntlich häufig in kürzeren oder längeren Zwischenräumen Recidive ein, wahrscheinlich, weil kleine Eitermengen zurückbleiben. Zur Verhütung der Recidive wende ich folgendes Verfahren an: Nach Eröffnung des Abscesses durch einen ziemlich grossen Schnitt wird die Abscesshöhle mittelst eines eingeführten gebogenen Röhrchens mehrmals gründlich ausgespült, bis durch die Ausspülung keine Spur von Eiter mehr herauskommt. Als Spülflüssigkeit dient gewöhnlich ganz schwache Sublimatlösung.

Die Entfernung der adenoiden Vegetationen wurde in den meisten Fällen mit dem Gottstein'schen Ringmesser ausgeführt, zuweilen besonders bei älteren Patienten wurde durch die Nase die Drahtschlinge nach dem Nasenrachenraum geführt und unter Leitung des im Nasenrachenraum befindlichen Fingers der linken Hand die Abschnürung vorgenommen. Einen besonders eclatanten Erfolg durch Entfernung der aden. Vegetationen erzielte ich in der Privatpraxis bei der 12jährigen Tochter eines Collegen, welche seit 5 Jahren an asthmatischen Anfällen litt, die bes. in der Nacht und im Winter auftraten. Seit dem October 1890, wo ich die Entfernung der Vegetationen vornahm, ist das Mädchen den ganzen Winter von asthmatischen Anfällen verschont geblieben.

Unter Rhinitis hypertrophica begreife ich diejenigen Fälle, bei welchen es zu einer mehr oder minder umfangreichen Schwellung der vorderen oder hinteren Muschelenden gekommen ist. Soweit es angängig war, sind in diesen Fällen nach vorheriger Cocainisirung die Schwellungen mit der kalten Schlinge abgetragen worden. Sehr häufig kam die Aetzung mit Chromsäure in Anwendung, zuweilen, besonders bei Kindern, wurde auch die Trichloressigsäure benutzt. Dieselbe hat aber nur den Vortheil der Ungiftigkeit, steht jedoch an Wirksamkeit der Chromsäure entschieden nach.

Bei der Ozaena überwiegt, wie allgemein bekannt, das weibliche Geschlecht bedeutend (31 weibliche Fälle gegen 16 männliche), auch ist das jugendliche Alter von 5—20 Jahren am meisten befallen. Von der Ozaena eine Rhinitis atrophica als besondere klinische Form abzutrennen, liegt kein zwingender Grund vor. Nach Jurasz besteht das unterscheidende Merkmal in dem Mangel des Fötors. Allein, dieser Mangel stellt wahr-

scheinlich immer ein Rückbildungs- resp. Heilungsstadium der Ozaena vor. Trotz der Langwierigkeit dieses Leidens tritt doch im Laufe der Zeit, auch abgesehen von jeder Behandlung, ein Rückgang der Symptome ein, und zwar verschwinden dieselben immer in bestimmter Reihenfolge so dass zuerst der Fötor aufhört, später allmählig die Borkenbildung nachlässt, nur die Atrophie bleibt unverändert bestehen. So erklärt es sich, dass die Fälle von Rhinitis atrophica sine foetore meist dem späteren Lebensalter — jenseits des zweiten und dritten Decenniums — angehören, und dass bei ihnen gleichzeitig atrophische Rachen- und Kehlkopfcatarrhe besonders häufig vorhanden sind. Auch bei Jurasz*) liegt das Maximum des atrophischen Rachencatarrhs im zweiten Decennium des Lebensalters, bei der Ozaena im ersten, und die Complicationen mit chron. Pharyng. und Laryngitis sind viel häufiger bei ersterer, als bei letzterer.

Bei dem nervösen Schnupfen verdient folgender Fall Erwähnung:

Ein 42jähriger Bäckermeister giebt an, seit 7 Jahren Schnupfen zu haben, welcher sich darin äussert, dass er, besonders bei Aufenthalt in staubigem Raume, Anfälle von Niessen und starker Flüssigkeitsabsonderung aus der Nase bekommt. Die Untersuchung ergiebt keinerlei Schwellung oder Röthung der Schleimhaut. Dieselbe ist aber gegen jede Berührung ausserordentlich empfindlich und beantwortet jeden tactilen Reiz mit einem heftigen, exspiratorischen Reflex. Es wird dem Kranken empfohlen, jedes Mal, bevor er seinen mit Mehlstaub erfüllten Geschäftsraum betritt, in die äusseren Nasenöffnungen Watte zu legen, und der Kranke berichtet in der That nach einiger Zeit, dass er dadurch von den Niessanfällen verschont worden ist. Der Vergleich der Erkrankung mit dem sogen. Heufieber liegt nahe.

Unter Difformatio nasi sind folgende 2 Fälle untergebracht, bei denen im Anschluss an die Influenza Difformitäten der Nase entstanden sind:

1. Fall: 14jähriges Mädchen hat nach Influenza erst Eiterausfluss aus der Nase und dann Sattelnase bekommen. Die Untersuchung ergiebt die Scheidewand etwas nach rechts ausgebogen, aber unversehrt. Am Nasenrücken von Aussen ist unterhalb der Nasenbeine nicht der harte Rand des Knorpels zu fühlen, sondern der Nasenrücken weich und eindrückbar, so dass anscheinend ein Theil der knorpeligen Scheidewand ausgestossen worden und durch Bindegewebe ersetzt ist.

2. Fall: 3½jähr. Mädchen, welches bei der Influenza Schwellung und Verstopfung der Nase bekam, worauf mehrwöchentliche Eiterung mit Abstossung fetziger Massen folgte und schliesslich die Nase eingefallen sei (Sattelnase). Die Untersuchung ergiebt auch hier, dass aussen am Nasenrücken kein harter Knorpelrand zu fühlen ist, die Scheidewand ist intact, links etwas concav. Die linke Nasenhöhle ist frei, in der rechten Nasenhöhle besteht aber nahe der Oeffnung eine vollkommene ringförmige Verwachsung, in dieser befindet sich eine ganz feine Oeffnung, durch welche eine feine Sonde nur eine kurze Strecke vordringen kann. Die Luftpassage ist rechts vollkommen aufgehoben. Es hat also wahrscheinlich hier ein ulcerativer Process mit Knorpelnecrose und Narbenverwachsung sich abgespielt.

---

*) Die Krankheiten der oberen Luftwege. I. Heft. Heidelberg 1891.

Die Perichondr. septi traumat. umfasst folgende 3 Fälle:

1. Fall: 27jähriger Mann, Schlag mit einer Holzstange gegen die Nase, weiche, fluctuirende Geschwulst des Septum beiderseits, Probepunction ergiebt Eiter, durch Schnitt grössere Menge von Eiter entleert, Ausspülung der Eiterhöhle, Tamponade mit Jodoformgaze, Heilung in 8 Tagen.

2. Fall: 15jähriger Knabe, Stoss gegen die Nase. Beide Nasenöffnungen verlegt durch geschwollene, nach aussen prolabirte Septumschleimhaut, Nasenrücken weich, eindrückbar. Therapie: wie in Fall 1; nach 10 Tagen Prolaps verschwunden, Knorpelrand von aussen wieder zu fühlen, Heilung.

3. Fall: 34jährige Frau, vor 3 Wochen Stoss gegen die Nase, Nasenverstopfung. Weiche, obturirende Geschwulst der Scheidewand beiderseits, Probepunction etc., wie in Fall 1; Heilung.

Unter den 32 Fällen von Nasenpolypen befinden sich zwei, bei welchen asthmatische Anfälle vorhanden und nach Entfernung der zahlreichen Polypen entweder beseitigt oder erheblich gebessert waren.

Die Beseitigung von Fremdkörpern aus der Nase wird meist in folgender Weise geübt: Das vordere Ende einer gewöhnlichen Sonde wird hakenförmig gekrümmt und unter Leitung des Spiegels möglichst hoch zwischen Scheidewand und Muschel so eingeführt, dass der Haken hinter den sichtbaren oder vermutheten Fremdkörper gelangt, welcher dann leicht, selbst bei widerspänstigen Kindern zu Tage gefördert wird.

Unter den 12 Fällen von Empyem der Highmorshöhle wurde bei 6 das Vorhandensein eines lateralen Schleimhautwulstes constatirt. In einem Falle war die Eröffnung von der Zahnalveole aus von anderer Seite vorgenommen worden, in 5 Fällen habe ich die Operation vom unteren Nasengange aus mittelst des Krause-Schwartz'schen Troicarts ausgeführt. Ich habe es zweckmässig gefunden, den letzteren so zu modificiren, dass er um einige Centimeter verlängert wird und die Spitze nicht rund, sondern lanzettförmig gestaltet wird. Nach mehrmaliger Durchspülung der Höhle wurde die trockene Behandlung (Einstäubung von Jodoformpulver) angewendet und hiermit günstige Resultate erzielt.

Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen.

Von

Dr. **A. Ónodi,**

Docent für Nasen-, Rachen- und Kehlkopf-Krankheiten in Budapest.

IV.

Ich habe den Accessorius spinalis auch experimentell geprüft. Ich habe diese Versuche bei gefensterter Trachea ausgeführt, um die geringste Veränderung im Kehlkopfe genau controlliren zu können. Ein Experiment habe ich knapp nach dem Tode ausgeführt. Die electrische Reizung des Accessorius spinalis resultirte starke Contraction der Nacken-

musculatur, dagegen blieben die Stimmbänder in der Cadaverstellung. Wurde aber der Recurrens gereizt, so gerieth das Stimmband sofort in die Mittellinie. Das zweite Experiment wurde am lebenden Hunde ausgeführt. Die Durchschneidung des linken Accessorius spinalis rief keine Veränderung hervor; die Reizung desselben erzielte nur Contraction der Nackenmusculatur. Beim dritten Experimente wurden am lebenden Hunde beide Accessorii durchtrennt zwischen Atlas und Foramen magnum. Die Stimmbänder zeigten wie im vorigen Experiment keinerlei Störung, die Bewegungen nach innen und aussen folgten wie gewöhnlich weiter.

Diese einschlägigen Resultate zeigen, dass der Accessorius spinalis mit der Innervation der Kehlkopfmusculatur nichts zu thun hat.

* * *

Resultate.

1) Der motorisch innervirende Nerv der directen Stimmbandmuskeln ist der N. recurrens. Die Annahme der doppelten Innervation muss beseitigt werden mit allen in diesem Sinne aufgestellten Hypothesen, betreffend die Posticus-Lähmung und Medianstellung der Stimmbänder.
2) Die von mir beim Menschen entdeckten vielfachen Verbindungen zwischen dem Laryngeus sup. und inf. sind Kreuzungspunkte, durch welche von anderweitigen Stellen entstehende Nerven zu den verschiedenen Theilen der Kehlkopfschleimhaut gelangen. Die anatomisch nachweisbaren Schleimhautnerven kreuzen sich in der Mittellinie; die sensible Innervirung ist eine beiderseitige.
3) Beim Hunde sind in den Bahnen der Communicanten zwischen Plexus brachialis und Sympathicus, ferner in dem doppelten Grenzstrang zwischen unterem sympathischen Halsganglion und erstem Brustganglion motorische Fasern der Kehlkopfmusculatur enthalten.
4) Der Accessorius spinalis hat mit der motorischen Innervation des Kehlkopfes nichts zu thun.
5) Die isolirten Nervenfäden der Postici verlieren früher ihre Leistungsfähigkeit, als die der Verengerer. Ebenfalls sterben die Postici früher ab, als die Schliesser. Die Rosenbach-Semon'sche Lehre ist experimentell bekräftigt.
6) Die Jelenffy'sche Behauptung, dass der Posticus den Stimmbandfortsatz nach innen drehen kann, ist experimentell entkräftigt.

Budapest, den 20. Mai 1891.

Ein Fall von doppelseitigen Nasensteinen.

Von

Dr. **Nitsche** in Salzbrunn.

Die in letzter Zeit, wie mir däucht, häufigere Erwähnung von Rhinolithen veranlasst mich, unter mehreren derartigen Beobachtungen einen in der letzten Saison in Salzbrunn behandelten Fall zu veröffentlichen, der in mancher Beziehung von Interesse ist.

Es handelt sich dabei um eine Dame von ca. 40 Jahren, welche, abgesehen von einer Bronchitis, wegen welcher sie eigentlich Salzbrunn aufgesucht hatte, über einen von Jugend auf bestehenden, sehr lästigen, eitrigen, oft auch blutigen Ausfluss aus der Nase zu klagen hatte; Schmerzen bestanden nur zeitweise in der Stirngegend. Die Untersuchung der gut gesäuberten Nase liess zunächst auf der linken Seite weder an den Schleimhäuten noch sonstwo etwas Abnormes sehen — bis auf einen schmalen, länglichen, grauen Fleck zwischen Septum und mittlerer Muschel, welcher ungefähr den Eindruck von etwas eingetrocknetem ozaenösen Secret machte; erst die vorgenommene Sondirung ergab die Anwesenheit eines nach hinten eingekeilten, festen Körpers, von dem man nur einen kleinen Theil seiner vorderen Fläche übersehen konnte. Die sofort vorgenommene Lockerung und schliessliche Extraction des Fremdkörpers, welche trotz Cocain sehr schmerzhaft war und mit starkem Blutverlust vor sich ging, ergab einen Rhinolithen von brauner Farbe, Stechapfelform, mit vielen spitzen Zacken, deren am weitesten divergirende Spitzen eine Entfernung von fast 2 Ctm. von einander hatten; der Kern desselben war noch deutlich als Kirschkern zu erkennen. Die Untersuchung der rechten Nasenseite, welche sich sofort anschloss, zeigte beinahe dasselbe Bild, wie das oben beschriebene; fast gar keine sichtbaren entzündlichen Erscheinungen und einen nur durch Sondirung feststellbaren Fremdkörper; auch dieser war ein Nasenstein von Stechapfelform, brauner Farbe, ebenso gross wie der bereits erwähnte, im Centrum ein Kirschkern. Die Heilung der Schleimhautwunden erfolgte vollständig in ca. 14 Tagen.

Der Fall dürfte zunächst durch die Doppelseitigkeit der Nasensteine auffallen, dann aber durch die sicher weit über 20 Jahre dauernde Anwesenheit derselben in der Nase ohne bedeutendere Symptome, als der allerdings sehr beklagte, eitrige Ausfluss; auch giebt er einen Beweis für die Wichtigkeit der Sondenabtastung bei jeder Untersuchung der Nase.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber den therapeutischen Werth einiger neuer, in die ohrenärztliche Praxis eingeführter Heilmittel. Von Dr. Sigismund Szenes, Ohrenarzt in Budapest. Vorgetragen am 14. Juni 1890 in der königl. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest. (Orvosi hetilap No. 36—39, 1890. — Therap. Monatshefte No. 10—12, 1890.)

Zuvörderst rügt Verf. das Vorgehen, wonach neuestens viele Medicamente als „sicher wirkende" empfohlen werden, doch zeigen sich dieselben in den meisten Fällen für nutzlos oder nur von geringerem Werthe, und berichtet nun über den therapeutischen Erfolg folgender Mittel:

Menthol. Es wird in 20proctgr. Lösung mit Oel gegen die Furunculose des äusseren Gehörganges empfohlen. Nach neueren Versuchen resultirt Verf. seine Erfahrungen dahin, dass es nach dem Spalten und Auslöffeln des Furunkels empfohlen werden kann; die

Behandlungsweise ist eine recht bequeme (nur einmal täglich hat der Mentholtampon gewechselt zu werden), verursacht jedoch nur zu oft ein lästiges Brennen und vermag nicht immer eine neue Furunkelbildung aufzuhalten.

Aluminium acetico-tartaricum in 20proctgr. Lösung, das Sublimat (0,05 Grmm. auf 30 Grmm. Wasser und 20 Grmm. Glycerin) und die essigsaure Thonerde (vierfach mit Wasser verdünnt) wurden zu Instillationen empfohlen. Die ersteren zwei Lösungen bewiesen sich in einigen Fällen als ganz gute Mittel, jedoch erst nach der Spaltung oder spontanem Eröffnen des Furunkels, die letztere wirkte schmerzstillend bei diffusen Entzündungen des äusseren Gehörganges, welche sich chronischen Paukenhöhleneiterungen anzuschliessen pflegen.

Carbolglycerin, im ersten Stadium der acuten Paukenhöhlenentzündung, in 15proctgr. Lösung zu Einträufelungen verwendet, konnte die Suppuration nicht immer verhindern, und theilt Verf. hier einen Fall mit, wo trotz sorgfältigster Anwendung des Mittels am 20. Tage der Erkrankung die Eiterung spontan erfolgte, und die Otorrhoe sistirte erst nach 6 Wochen.

Creolin zeigte sich in einer 2proctgn. Salbe gegen acutes Eczem des äusseren Gehörganges und der Ohrmuschel von vortrefflicher Wirkung. — Zu Ausspritzungen (5 Tropfen auf 0,5 Liter Wasser) bei Paukenhöhleneiterungen empfiehlt es Verf. nur für solche Fälle, wo die Behandlung dem Kranken selbst überlassen wird, da es als ungiftiges und unschädliches Mittel mehr nützt, als die gewöhnlich angewendeten Theesorten.

Von pulverförmigen Medicamenten, die bei Otorrhöen zu Insufflationen empfohlen wurden, sind Versuche mit Jodol, Bismuthum salicylicum, Aristol und Borsäure mitgetheilt. Von den ersteren zweien sah Verf. gar keinen Erfolg; das Aristol bewährte sich als antiseptisches Streupulver bei Processen, die sich im äusseren Gehörgange abspielten, bei Paukenhöhleneiterungen jedoch empfiehlt er es gar nicht, weil unangenehme Complicationen noch früher und leichter als auf die Borsäure-Behandlung auftreten. Letztere wird nur bei solchen Trommelfellperforationen empfohlen, die genügend gross sind und an passender Stelle sitzen und wo keine Eiterretention und deren Folgen zu befürchten sind; selbst dann aber soll nur wenig Pulver eingeblasen werden.

Milchsäure in 15proctgr. Lösung bewährte sich auch nicht bei chronischen Otorrhöen, und wirkt dieselbe, selbst in schwächerer Concentration, ätzend und schmerzhaft auf die Epidermis des äusseren Gehörganges und der Ohrmuschel.

Cocain versuchte Verf. in 14 Fällen von Ohrensausen, jedoch nur dann, wenn das Sausen auf anderseitige klinische Behandlung nicht sistiren wollte. In 2—5proctgr. Lösung wurde das Cocain in die Paukenhöhle oft Wochen hindurch täglich injicirt, doch blieb der Erfolg immer aus. Intoxicationserscheinungen hat auch Verf. in 3 Fällen beobachtet.

Auch über den günstigen Erfolg der Massage wird auf Grund 16 einschlägiger Fälle berichtet, in denen es sich um eine acute Paukenhöhlenentzündung handelte, dieselbe jedoch erst nach Sistirung der Suppuration angewendet wurde, ebenso in jenen Fällen, wo der Process in Eiterung gar nicht übergegangen war, wenig Secret sich aber doch

noch in der Paukenhöhle vorfand, welches auf die übliche Behandlungsweise mittelst Ballons oder Catheters nicht zur Resorption kommen wollte.

Schliesslich hebt Verf. hervor, dass die fortwährend auftauchenden neuen Medicamente, Instrumente und Verfahren zwar auf einen Fortschritt in der Medicin deuten, doch discreditiren wir andererseits unsere Disciplin, wenn wir auch nichts nutzende Sachen preisen.

Autoreferat.

Chronische circumscripte Entzündung und Polyp des äusseren Gehörganges als Druckerscheinung in Folge eines Cerumenpfropfes. Von Dr. A. Eitelberg, Wien. (Wiener med. Presse No. 39, 1890.)

Bei einem 22jährigen Stubenmädchen bestanden seit 2 Monaten beträchtliche Schmerzen im rechten Ohre und war als Ursache derselben rechterseits an dem äusseren Rande der vorderen unteren Gehörgangswand eine fluctuirende erbsengrosse Geschwulst vorhanden, die innere Partie des Gehörganges hingegen war von Cerumen ausgefüllt. Letzteres wurde ausgespritzt und kam nun im inneren Drittel der hinteren unteren Gehörgangswand eine 5 Mmtr. lange und 3 Mmtr. breite, plattgedrückte, einem spitzen Condylom ähnliche, polypöse Wucherung zum Vorscheine; diese wurde zweimal mit Chromsäure geätzt und verschwand vollkommen.

Verfasser hat schon mehrmals Gelegenheit gehabt, ähnliche Fälle zu beobachten, wo ein Cerumenpfropf als Causalmoment einer chronischen circumscripten Entzündung des äusseren Gehörganges zu Grunde lag und immer war die Involution in kürzerer oder längerer Zeit von selbst erfolgt.

Szenes.

Ueber subjective Ohrgeräusche bei der Otitis interna. Von Dr. Giuseppe Gradenigo, Turin. (Allgem. Wiener med. Zeitung No. 36, 1890.)

Verfasser theilt den Fall eines jungen intelligenten Fräulein mit, welches mit einer langsam fortschreitenden bilateralen Otitis interna, höchstwahrscheinlich infectiösen Characters, behaftet war, bei dem ausser einer beträchtlichen Verminderung der Hörschärfe auch noch andauernde subjective Geräusche verschiedener Tonhöhe, früher auch noch häufige, gegenwärtig jedoch vollständig fehlende Schwindelanfälle bestanden hatten. Die objective Prüfung der Nasen- und Nasenrachenhöhle war durchaus negativ; die Trommelfelle zeigten geringe Röthung, waren aber nicht retrahirt, die Luftdouche und der Catheterismus bewirkten gar keine Besserung. Die electrische Prüfung des Hörnerven ergab exquisite Ueberreizbarkeit, so dass man mit M A paradoxe Reactionen sowohl am rechten, wie am linken Ohr erhielt. Verfasser überlässt nun das Wort seiner Patientin, schliesst stellenweise seine erläuternden Bemerkungen an und erinnert schliesslich daran, dass man bei Anwendung acustischer Reize zu Heilzwecken, bei den Affectionen des inneren Ohres, sehr vorsichtig vorzugehen hat.

Szenes.

Ueber Erkrankungen des Ohres bei Diabetikern. Von Prof. Dr. Kuhn. (Archiv für Ohrenheilkunde, 29. Bd., I. Heft.)

K. lässt die wenigen bisher gemachten Beobachtungen über Ohraffectionen bei Diabetes Revue passiren, welche eine Reihe von Symptomen boten, deren gleichzeitiges Auftreten bei den uns bekannten Formen der acuten Mittelohrentzündung nicht mit dieser Regelmässigkeit beobachtet wird; es sind dies der meist schon von Anfang an stürmische Verlauf, die oft sehr profuse Eiterung, die starken Blutungen und hauptsächlich die rasche Betheiligung des Warzenfortsatzes; bei den 4 hier gemachten Sectionen fanden sich ausgedehnte Zerstörungen der knöchernen Mittelohrtheile, die besonders bei der Kürze der Krankheitsdauer auffallend sein mussten. K. bringt im Anschluss daran die genauen und höchst lehrreichen Krankengeschichten zweier von ihm beobachteter Fälle diabetischer Otitis; der eine betraf einen 54jähr. Alcoholiker von aussergewöhnlich grossem und kräftigem Körperbau, der angeblich seit einem Jahre an Diabetes (7—8 pCt.) litt und eine rechtsseitige Otorrhoe nach Angina acquirirte; trotz profusen Ausflusses dauerten die Schmerzen 8 Tage in heftigster Weise an; am dritten Tage der Erkrankung war das Hörvermögen rechts schon ganz erloschen, am siebenten Tage zeigte sich Periostitis mastoidea, am 22. Tage trat Schüttelfrost, heftiges Erbrechen auf, Tags darauf profuse Ohrblutung in der Dauer von 10 Minuten; von da an sistirte die Otorrhoe. Schwindel, Haemoptoë und Schüttelfröste gingen noch dem Tags darauf eingetretenen Exitus letalis voraus. Bei der Section fanden sich aussergewöhnlich grosse Zerstörungen im Felsenbeine mit Durchbruch gegen den Sinus sigmoideus; die übrigen knöchernen Theile der Pyramide waren entzündlich erweicht und liessen sich fast wie Wachsmassen präpariren und schneiden.

Im zweiten Falle gelang es K., bei einem Diabetiker (5 pCt.) eine beiderseitige Otitis media suppurativa chron., welche zur Periostitis geführt hatte, durch energische operative Behandlung derselben zur Ausheilung zu bringen.

K. ist nun der Ansicht, dass die die Ostitis verursachenden Mikroorganismen in den Geweben und Säften der Diabetiker, vielleicht durch den grossen Zuckergehalt derselben, den günstigsten Nährboden finden, was das rasche Zustandekommen so tiefer Zerstörungen erkläre. Die im Warzenfortsatze und der Paukenhöhle sich bildenden Eitermassen gäben eine ständige Infectionsquelle ab, die im Vereine mit der leichten Ausbreitbarkeit der Mikroben dem Ohrprocesse einen so beschleunigten und bösartigen Character verleihe. Dem zu Folge wirft K. die Frage auf, ob es in Fällen profuser Otorrhoe bei Diabetikern nicht angezeigt sei, durch breite Eröffnung des Warzenfortsatzes den im Mittelohre sich bildenden Eitermassen einen besseren Ausweg zu schaffen. Einerseits gefährde die unter antiseptischen Cautelen ausgeführte Trepanation gar nicht das Leben solcher Kranken, die ohne diese Operation sicher zu Grunde gehen; andererseits lehren die Erfahrungen der Chirurgen, dass operative Eingriffe bei Diabetikern nicht immer ungünstig verlaufen müssen. K. schliesst sich daher auch für die auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde nothwendigen operativen Eingriffe bei den Diabetikern nicht nur dem Ausspruche König's an, „dass bei diabetischem Brande u. s. w., wenn trotz antidiabetischer Cur und antiseptischer Localbehandlung die allgemeine

diabetischen und localphlegmonösen Erscheinungen nicht zurückgehen und ein weiteres Abwarten erhebliche Gefahr für den Kranken bedingt, durch eine radicale, aber mit der grössten Peinlichkeit durchgeführte, antiseptische Operation die Lebensrettung des Kranken versucht werden muss", sondern hält die Ausführung der Trepanation für berechtigt auch bei jenen Fällen diabetischer Otitis, welche nur mit profuser Eiterung einhergehen, bei welchen erfahrungsgemäss das Auftreten enormer Zerstörungen an den Weichtheilen und knöchernen Wänden der Paukenhöhle zu befürchten ist. Gomperz.

Ein Fall von diabetischer, primärer Ostitis des Warzenfortsatzes nebst Bemerkungen über den Einfluss grösserer Operationen auf den Verlauf des Diabetes. [Von Dr. Otto Körner. (Archiv f. Ohrenheilkunde, 29. Bd., I. Heft.)

K. bekam einen Fall von Ostitis media suppurativa zur Behandlung, bei dem die Erkrankung ebenfalls unter heftigen, auffallend lang dauernden Schmerzen im Ohre einsetzte, die auch dann nicht nachliessen, als am 10. Tage der Erkrankung Eiterung auftrat. Selbst eine Paracentese mit ausgiebiger Eiterentleerung, die zwei Tage später ausgeführt wurde, brachte sie nicht zum Schwinden. Als ca. 4 Wochen nach Beginn des Leidens trotz der sorgfältigsten Localbehandlung kein Nachlass der Eiterung und der Schmerzen erzielt werden konnte, kam K. auf die Idee, den Urin zu untersuchen und fand Diabetes. Trotz antidiabetischer Cur, welche die Zuckerausscheidung auf ein Minimum reducirte, trat 3 Wochen später Druckempfindlichkeit am Warzenfortsatze auf, ohne Spur eines äusseren Zeichens einer Knochenerkrankung. Als 14 Tage später der secernirte Eiter bräunlich ward und um die Perforation im Trommelfelle Granulationen aufschossen, meisselte K. den Warzenfortsatz auf und fand eine wallnussgrosse, mit Granulationen erfüllte Höhle darin. Neun Tage darauf sistirte die Otorrhoe, nach 13 Wochen war auch die Operationswunde verheilt; die Zuckerausscheidung dauerte fort (5 Grm. täglich).

K. meint, die Frage, unter welchen Umständen man einen Diabetiker dem schweren Eingriffe einer länger dauernden Operation ohne Bedenken unterwerfen dürfe, werde erst dann in einer wissenschaftlich befriedigenden Weise zu entscheiden sein, wenn eine grössere Reihe von Fällen vorliegen werde, in welchen der diabetische Stoffwechsel vor und nach der Operation genau untersucht worden ist. Seine diesbezüglichen Untersuchungen in dem oben angeführten Falle zeigten, dass ein Diabetiker leichteren Grades eine lange dauernde, eingreifende Operation ohne Nachtheil überstand und dass der Diabetes durch dieselbe nicht in ein schwereres Stadium übergeführt wurde. Gomperz.

Neuer Beitrag zur Lehre von der Entstehung des Cholesteatoms des Mittelohres. Von Dr. J. Habermann, Prag. Vorgetragen in der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 62. Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher in Heidelberg 1889. (Zeitschrift f. Heilkunde, Bd. XI, Heft 1.)

Durch zwei neue Fälle wünscht Verfasser seine schon früher veröffentlichte Ansicht*) von Neuem zu bekräftigen. Der erste Fall betrifft

*) Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 27, pag. 42.

einen 14jährigen Knaben, bei welchem linkerseits zwei Cholesteatome im Mittelohre gefunden wurden; der Befund ist bereits vom Ref. in Kürze mitgetheilt**). — Im zweiten Falle handelte es sich um einen 27jährigen Sträfling, bei dem die pathologisch-anatomische Diagnose folgende war: Abscessus cerebelli et meningitis basilaris suppurativa ex otitide interna et media suppurativa sinistra. Degeneratio parenchymatosa hepatis renumque. Tumor lienis acutus. Catarrhus ventriculi chronicus. Gastromalacia peptica. — Nachdem das linke Gehörorgan in Müller'scher Lösung gehärtet und in Salpetersäurelösung entkalkt war, wurde dasselbe microscopisch untersucht, doch konnte ein Zusammenhang des Cholesteatoms im Warzenfortsatze mit der Epidermis des äusseren Gehörgangs beziehungsweise des Trommelfells nicht nachgewiesen werden, und somit glaubt Verfasser, dass die Pathogenese in diesem Falle nicht so klar wäre, wie in den früheren Fällen, man könnte sogar in letztem Falle an eine eigentliche Geschwulst im Warzenfortsatze denken. Ausser dem Cholesteatom hatte eine Otitis suppurativa bestanden, die vom Mittelohr durch das runde Fenster hindurch auf das innere Ohr übergriff; vom inneren Ohre war dann die Entzündung durch den Aquaeductus cochleae und längs der Scheiden des Nervus acusticus auf das Gehirn übergegangen.

Schliesslich glaubt Verfasser aus den von ihm bis nun untersuchten Fällen einerseits darauf schliessen zu können, dass das Hineinwachsen der Epidermis des äusseren Gehörganges oder des Trommelfells in das Mittelohr zur Bildung der Cholesteatome führt, andererseits aber das Cholesteatom auch als eigentliche Geschwulstbildung im Mittelohr oder auch durch eine Metaplasie des Paukenhöhlenepithels entstehen kann. Szenes.

Die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes. Von Prof. Dr. Julius Böke, Budapest. Vorgetragen in der chirurgischen Section der XXV. Versammlung ungarischer Aerzte und Naturforscher zu Grosswardein. (Gyógyászat No. 35, 1890.)

Nach Besprechung dessen, wie der Process der Paukenhöhle nach dem Warzenfortsatze hin sich fortpflanzen kann, stellt Verfasser die Indication zur Eröffnung des Antrum in zwei Categorien; eine basirt auf allgemein chirurgischen Regeln (fistulöse Gänge an der äusseren Fläche des Warzenfortsatzes, Necrose der Cortex), die andere auf otiatrischen Grundsätzen, wenn aussen nichts Krankhaftes gefunden wird, eine Entzündung oder Eiterretention im Antrum jedoch angenommen werden kann. Bei der Operation beginnt Verfasser einen Centimeter unter der Linea temporalis zu meisseln, macht eine Oeffnung von beiläufig 3 Quadratcentimeter, im Antrum selbst macht er vom Meissel keinen Gebrauch und benutzt er hier zur Entfernung necrotischer Partien den scharfen Löffel, zur Herstellung der Communication zwischen Antrum und Paukenhöhle benutzt er einen kleinen runden Löffel. Zum Offenhalten der Communication bedient sich Verfasser der Drainage, zur

**) Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1889, pag. 279.

Irrigation benutzt er eine Mischung von 1 % Kochsalz- und 1/20 % Sublimatlösung, die Wunde selbst wird mit Sublimatgaze, bei träger Granulationsbildung mit Jodoform behandelt und erfolgt die Heilung in 4 bis 6 Wochen. Szenes.

Das Pyoktanin in der Ohrenheilkunde. Von Dr. Patrzek, Oppeln. (Allgem. med. Central-Zeitung No. 63, 1890.)

Verfasser stellte in 7 Fällen, einmal bei Otitis externa acuta circumscripta, einmal bei einer Otitis media acuta purulenta und fünfmal bei chronischer Otorrhoe, Versuche mit Pyoktaninum caeruleum in einer wässerigen Lösung von 0,1 : 200,0 an, und kommt zu dem Schlusse, dass das Pyoktanin keinen oder nur einen minimalen Einfluss auf Eiterungen innerhalb des Gehörorgans ausübt. Einer allgemeinen Anwendung in der Ohrenheilkunde steht ausserdem die blaue Farbe des Mittels im Wege. Versuchsweise würde es sich in Krankheitsfällen empfehlen, die durch die gebräuchlichen Mittel zur Heilung nicht gebracht werden können. Szenes.

Ueber die Fremdkörper im Ohre. Von Prof. Kessel in Jena. (Corresp.-Blätter des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen No. 9, 1890.)

Der Aufsatz enthält ein Resumé von bereits Bekanntem. Wenn Verf. sich gegen die von Gruber vorgeschlagene Operationsmethode zur Herausbeförderung von in der Trommelhöhle eingekeilten Fremdkörpern ausspricht und glaubt, den gleichen Zweck mit der Wegpräparirung der Weichgebilde des Gehörganges erreichen zu können, wird ihm wohl kein Arzt, der einen ähnlichen Fall beobachtet hat, beipflichten.

Dr. B. S.

Idiopathische acute Periostitis des äusseren Gehörganges. Von Dr. Albert Bing. (Wiener Med. Blätter No. 37, 1890.)

Was Verf. in diesem Aufsatze über Periostitis des äusseren Gehörganges sagt, ist wohl jedem beschäftigten Ohrenarzte bekannt. Dass es einzelne Fälle giebt, in denen die Entzündung eine bestimmte anatomische Schicht der Gehörgangsgebilde vorzugsweise ergriffen hat, weiss man, doch lässt sich fast nie mit Bestimmtheit angeben, ob die Entzündung von dieser ihren Ausgangspunkt nahm, und deshalb entbehrt eine solche Localisation des Processes einer sicheren Grundlage und man thut besser, die Entzündungen des Gehörganges nach ihrer Verbreitung einzutheilen, wie das seit von Tröltsch üblich ist. J.

Metall-Corrosionspraeparate des Labyrinthes. Von Dr. J. Siebenmann, Basel. (Internat. klin. Rundschau No. 3, 1890.)

Zur Herstellung der Abgüsse benutzt Verfasser das Wood'sche Metall, das eine Legirung von Blei, Zinn, Cadmium und Wismuth darstellt. Das Labyrinth wird in der Weise präparirt, dass man am macerirten Knochen den oberen Halbzirkelkanal anfeilt, auf die untere Fläche der Pyramide wird ein Kartenblatt gelegt und mit Leinwandstreifen am Rande festgeklebt; sämmtliche Löcher der übrigen Felsen-

beinoberfläche werden mit Leinwand überzogen, die Aquäductöffnungen mit den benachbarten Sinus verbunden, in die Oeffnung des Carotiskanals wird ein Papiertrichter gesteckt und das Ganze eingegypst. Der Knochen wird nun auf circa 100° erhitzt und in den Trichter das geschmolzene Wood'sche Metall gegossen; wie das Metall zu erstarren beginnt, wird es abgekühlt. Das aus dem Gyps herausgegrabene Felsenbein wird 2 Wochen hindurch bei 50° C. in 10procentiger Kalilauge gehalten und dann in 20procentiger Salzsäure aufgelöst; der Metallausguss wird hierauf ausgewässert und auf einem Stativ befestigt.

Nach diesem Verfahren fertigte Verfasser mehrere Abgüsse an, mit deren Hilfe es ihm gelungen war, einige Details am Labyrinthe zu demonstriren, die an anderen Präparaten schwer oder gar nicht nachgewiesen werden können. Szenes.

Kritik.

Microphotographischer Atlas der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres. Von Dr. L. Katz, Ohrenarzt in Berlin. I. Theil, enthaltend 10 Photographien in Mappe. Preis 12 Mk. Berlin, Verlag von August Hirschwald.

Je schwieriger die Erforschung eines anatomischen Gebietes ist, je mehr die Meinungen über einzelne Vorkommnisse auf demselben bei den Fachmännern auseinander gehen, desto nützlicher erweisen sich bildliche Darstellungen, welche nicht schematisch aufgenommen sind, sondern das Thatsächliche des Studienobjectes, so wie es ist, wiedergeben. Von dieser Anschauung durchdrungen, begrüssen wir das vorliegende, wollen wir es nur gleich aussprechen, nach jeder Richtung meisterhafte Werk mit wahrer Freude.

Der Verfasser, welcher nach einer eigenen Methode die Weichgebilde des Labyrinthes in einer bis dahin ungekannten schönen Weise darzustellen lehrte, und der in den letzten Jahren durch seine bei verschiedenen Gelegenheiten demonstrirten microscopischen Labyrinthgebilde die Anerkennung der Fachgenossen im reichlichsten Maasse erwarb, war wohl zunächst berufen, einen solchen Atlas zu veröffentlichen, und mit Beihilfe des ausgezeichneten Microphotographen Dr. R. Neuhaus ist nun der I. Theil eines Werkes geschaffen, für das sowohl ihnen, als auch dem Verleger, welcher dem prachtvollen Werke die entsprechende Ausstattung gewährte, alle Diejenigen, die sich mit dem Gehörorgane, sei es als Anatomen, sei es als Ohrenärzte beschäftigen, für immer dankbar bleiben.

Der Atlas soll in 3 Theilen erscheinen und die wichtigsten pathologischen Befunde der Erkrankungen des Gehörorgans, sowie diejenigen normal-histologischen Verhältnisse des Ohres, die zum Theile noch Gegenstand der Controverse bilden, in photographischer Darstellung bringen.

In dem erschienenen I. Theile finden wir folgende Abbildungen: 1) Querschnitt durch den Steigbügel und Vorhof eines Kaninchens; 2) Querschnitt durch die mittlere Schneckenwindung einer älteren Katze; 3) das Corti'sche Organ einer jüngeren Katze; 4) die Lamina reticularis eines Kaninchens mit den daran hängenden äusseren und inneren Pfeilern; 5) Längsschnitt durch die Ampulle einer Katze; 6) Querschnitt

durch das Labyrinth eines 7jähr. taubstummen Knaben; 7) Querschnitt durch einen halbzirkelförmigen Kanal eines taubstummen Knaben mit neugebildetem Bindegewebe im perilymphatischen Raume; 8) Knochenneubildung in der Schneckenwindung einer 28jähr. taubstummen Frau; 9) chronische Knochenentzündung (Anchylosis) an der Platte des Steigbügels und am ovalen Fenster; 10) Das Corti'sche Organ eines neugeborenen Hundes. Sämmtliche Photographien in musterhafter Vollendung.

Der II. Theil des Werkes soll im Herbst dieses Jahres, der III. Theil im nächsten Winter erscheinen.

Gewiss, wer in den ersten vorliegenden Theil das Werkes Einblick genommen, wird so wie wir mit Spannung die folgenden erwarten.

Mögen sie uns bald gegönnt sein! Gruber.

Vorlesungen über Ohrenheilkunde. Von Dr. A. Bing, Privatdocent für Ohrenheilkunde an der Wiener Universität. Wien 1890. 286 Seiten. Verlag von W. Braumüller.

Der Autor, der sich seit Langem als Lehrer unserer Disciplin eines trefflichen Rufes erfreut, bietet im engen Rahmen von 12 Vorlesungen das für den practischen Arzt Wichtigste aus dem umfangreichen Stoffe der Ohrenheilkunde; er folgt in dem vorliegenden Werke hauptsächlich den Beobachtungen und Erfahrungen, welche er als klinischer Assistent der Herren Professoren Gruber und Politzer gesammelt, sowie in seiner eigenen ohrenärztlichen Praxis und Lehrthätigkeit bereichert hat. Die Pathologie ist im wesentlichsten Theile, der Symptomatologie, sehr anschaulich dargestellt, die Diagnostik in ganz hervorragendem Maasse berücksichtigt. Besonders anziehend an dem Werke Bing's ist es, seinen Standpunkt bezüglich der Behandlung scharf markirt im Vordergrunde zu finden, und wenngleich seine therapeutischen Prinzipien manchmal im directen Widerspruche zu den herrschenden Ansichten stehen, so muss man sie eben als das Resultat eigener Beobachtung aufnehmen. Die ausführliche, leicht fassbare Art seiner Darstellung wird den Autodidacten und Frequentanten seiner Curse das Studium der Ohrenheilkunde, soweit dieselbe in diesem Buche behandelt wird, erleichtern. Gomperz.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Ein Fall von Pusteln, welche die Haut, die Mundhöhle, den Pharynx, die Nase und den Larynx befallen. (Sur un cas de pustules de la gorge, du pharynx, du nez et du larynx.) Von Dr. Audubert. (Revue de laryngologie No. 8, 1891.)

Diese chronisch auftretenden Pusteln, welche nirgends beschrieben sind, welche ohne Störung des Allgemeinbefindens und ohne ausgesprochene örtliche subjective Symptome verlaufen, öffnen sich von selbst, hinterlassen ein flaches, die eigentliche Mucosa nicht angreifendes, nie über einen Centimeter messendes, rundliches Geschwür; ein rother Entzündungshof mit weissem Rande nach innen, ein rother Boden ohne Exsudat und ohne Membran characterisiren die Geschwüre. Die Diagnose ist immer zweifelhaft und man ist geneigt, eine eigene Krankheit daraus zu

machen. Alle Eruptionsfieber, die schwere herpetische Angina, die typhösen Processe, schwerer Catarrh, Aphthen, Syphilis, sonstige Dyscrasie, Tuberculose, Lupus können immer ausgeschlossen werden. Solche Beispiele geben den Dermatologen Recht, welche behaupten, dass alle Hautleiden sich mit ihren gewöhnlichen Symptomen auf den Schleimhäuten zeigen können. Dr. P. K.

Beitrag zur Entstehung der schwarzen Zunge. (Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de la langue noire pileuse.) Von Dr. Wallerand. (Thèse de Paris und Revue de laryng. No. 8, 1891.)

Meist bei Männern in vorgerücktem Alter, bei chronischen Krankheiten, namentlich bei Magen- und Darmleiden vorkommend, nicht contagiös, Entstehungsursachen problematisch; die gefundenen Parasiten finden sich auch sonst ohne schwarze Zunge. Die Färbung ist bedingt durch einen intensiv vermehrten Keratinisationsprocess. Dr. P. K.

Paludische Neuralgie der Zunge mit Geschwürsbildung. (Névralgie paludique de la langue avec ulcération.) Von Dr. Le Diberder. (Journal de médecine et de chirurgie, März 1891 und Revue de laryngol. No. 8, 1891.)

In zwei Fällen dieses Leidens verschlimmerte die Localbehandlung das Uebel; grosse Chinindosen brachten in einigen Tagen Heilung; diese Wirkung lässt keinen Zweifel an den Ursprung dieses Uebels. Dr. P. K.

Zungentumor bei einem 8jährigen Kinde. (Tumeur de la langue chez un enfant de huit ans.) Von Dr. Bastin. (Presse médicale Belge und Revue de laryngol. No. 22, 1890.)

Ein 2 Ctm. langer, den linken Zungenrand einnehmender Tumor wurde mittelst dem hinter zwei den Tumor durchstechenden Nadeln angelegten Ecraseur von Chassaignac mit Erfolg operirt. Die microscopische Untersuchung ergab eine interstitielle localisirte Glossitis, also einen gutartigen Tumor. Dr. P. K.

Nachbehandlung des Empyems des Sinus maxillare mit Oeffnung in den Mund, sehr einfaches Auswaschen dieser Höhle. (Des soins consécutifs à l'ouverture buccale du sinus maxillaire atteint d'empyème, et notamment d'un mode de lavage très simple de cette cavité.) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de laryngolog., Februar 1891 und Revue de laryngol. No. 8, 1891.)

Ausziehen des betreffenden Backzahns, Punction durch die Alveole, 3 Mal in 24stündigen Pausen Borsäure-Ausspritzungen, Ausstopfen der Höhle mit Jodoformgaze; während des Essens die Fistel stopfen mit einer soliden Cautschuksonde; nach dem Essen den Mund mit Borsäurelösung ausspülen und dann erst die Sonde herausnehmen; dann mit derselben Lösung die Höhle ausspülen, mit einer Wangenbewegung die Flüssigkeit durch die Alveole in den Sinus hineintreiben und durch die Nasenöffnung heraustreiben; die kleine Sonde wird immer kürzer gemacht, so dass die Fistel von innen nach aussen heilt; wenn keine Flüssigkeit mehr eindringt, ist Heilung eingetreten. Dr. P. K.

Pathogenese der Hasenscharte. (De la pathogénie du bec de lièvre. Pièce pathologique à l'appui.) Von Dr. Fleury. (Bulletin médical du Nord No. 6, 1891.)

Ein 8 Monate altes Kind zeigt eine doppelte, nicht complicirte Hasenscharte. Tod durch Darmcatarrh. Das pathologisch-anatomische Präparat zeigt genau, dass die von Albrecht aufgestellte Pathogenese die richtige ist. Dr. P. K.

Hysterisches Stummsein und hysterisches Stottern. (Du mutisme et du bégaiement hystériques.) Von Dr. Emile Bitot. (Revue de laryngol. No. 23, 1890.)

Sie sind die häufigsten von allen hysterischen Stimmstörungen. Verf. giebt die bekannten Symptome des hysterischen Stummseins und erzählt ein Beispiel zum Beleg. Das hysterische Stottern, bis jetzt nicht classisch beschrieben, beginnt auch plötzlich nach einer heftigen Gemüthsbewegung und heilt durch die verschiedensten, ja abenteuerlichsten Mittel; Verf. giebt als Beleg ein eigenes Beispiel, sowie mehrere andere, ihm von einem Sprachlehrer vorgezeigte Kranke. Dr. P. K.

Ueber herpetische Angina acuta und Mundrachenzona. (De l'angine herpétique aigue et du zona buccopharyngien.) Von Dr. Pouzin. (Paris médical und Revue de laryngol. No. 8, 1891.)

Verf. reiht die acute herpetische Angina in die Reihe der durch directe Nervenreizung hervorgerufenen herpetischen Ausschläge, wie z. B. des Herpes zoster; es würde sich dann hier um einen im Gebiete des Trigeminus durch Reizung des Ganglion sphenopalatinum hervorgerufenen Herpes handeln. Dr. P. K.

Amygdalotomie und Blutung. (Amygdalotomie et hémorrhagie.) Von Dr. E. J. Moure. (Revue de laryngologie No. 24, 1890 und Société de chirurgie de Paris 1890.)

Meistens nur bei Erwachsenen zu fürchten, wo der Thermocauter und der Galvanocauter im Begriffe sind, die schneidende Klinge zu verdrängen; das Gegentheil bei Kindern unter 15 Jahren. Nach der Operation soll man die Kinder nicht schlafen lassen, weil eine fortwährende Blutung und später Blutbrechen mit erneuerter Blutung auftreten können. Bei Erwachsenen soll die Ignipunctur nur nach Cocainisirung geschehen und nur alle 2 Wochen ein Mal ausgeführt werden; inzwischen thut ein Gargarisma, bestehend aus Borax und Natrium bromatum (āā 6,0), Acid. carbolic. (1), Glycerin (50), Decoct. Altheae und Gerste (450) gute Dienste; Blutung, Mandelentzündung mit Eiterung, Otitis media sind nur Ausnahmefälle und gewöhnlich selbst verschuldet. Dr. P. K.

Ueber chronische, eingekapselte, in Folge einer acuten eiterigen Amygdalitis übrig gebliebene Abscesse. (Des Abcès chroniques enkystés de l'amygdale consécutifs à l'amygdalite suppurée aigue.) Von Dr. Garel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1889.)

Verf. erzählt 3 von ihm beobachtete Fälle, welche den ziemlich seltenen von Noquet, Moure, Heryng, Grynfeltt anzureihen sind.

Obgleich solche Fälle wissenschaftlich nicht interessant sind, so verdienen selbe doch erwähnt zu werden, weil ein einfacher chirurgischer Eingriff dem Uebel ein Ende setzt. Das Entstehen solcher Mandelabscesse ist so zu erklären, dass der Eiter sich einen schlängelnden, zwischen den Arcusmuskelfasern sich durchwühlenden Ausgang sucht, der durch Muskelcontraction wieder verlegt wird; dabei hindert noch die Mandelhypertrophie das Zusammenfallen der Abscesswände. In allen Fällen soll man sich des Galvanocauters bedienen, entweder um eine Gegenöffnung zu machen oder die bestehende Oeffnung zu erweitern; die blossgelegte Höhle kann man mit Jodtinctur auspinseln.

Verf. benutzt die Gelegenheit, um die Vorzüge der Ignipunctur vor dem Amygdalotom bei hypertrophischen Mandeln hervorzuheben. Eine seiner Patientinnen hatte als Kind eine doppelte Amygdalotomie überstanden und bekam zwischen ihrem 14.—20. Jahre 14 Mandelabscesse.

Ueber die Behandlung der chronischen Laryngitis. Von Dr. Josef M. Neumann, Budapest. Vorgetragen am 19. August 1890 in der medicin. Section der XXV. Versammlung ungarischer Aerzte und Naturforscher zu Grosswardein. (Arbeiten der Wanderversammlung. Budapest 1891, pag. 266—276.)

Verfasser befasst sich eigentlich mit den Principien der erfolgreichen Behandlung chronischer Laryngitiden und bespricht zuvörderst die Diagnose, indem man nämlich einen ziemlich weiten Spielraum habe, eine Laryngitis anzunehmen, wo der congestionirte Zustand auch keine Beschwerden macht. Es kommt aber auch auf die subjectiven Empfindungen ausser dem Spiegelbilde an, und da heisst es die Symptome des Rachencatarrhs von der Laryngitis auseinander zu halten. Ueberhaupt ist dem Rachen besondere Aufmerksamkeit zu widmen, da in zahllosen Fällen der Rachencatarrh eine consecutive Laryngitis bedingte; der Uebergang geschieht auf den Aryknorpel. Verfasser bespricht hierauf die Wichtigkeit der Rhinitis, der Rachenvegetationen, die oft genug, vernachlässigt, eine lange Zeit behandelte Laryngitis nicht zur Heilung kommen liessen. Die Hauptsache sei, zu distinguiren, ob der Kehlkopf mit Rachen und Nase oder für sich allein erkrankt sei, oder Erscheinung einer Dyscrasie, wie Tuberculose, sei.

Die Therapie bestehe in Pinselungen mit Sulf. Zinci und Lapis 1—5 %, ferner Lapis in Substanz nach vorhergehender Cocaïneinträufelung. — Wird eine veraltete Laryngitis trotz zweckmässiger Therapie gar nicht besser, dann sei sie nicht weiter zu behandeln, sondern Inhalationen zu gebrauchen, ebenso sollen auch Hysterische, Nervöse oder eine Mutatio tarda nicht zwecklos local behandelt werden.

Szenes.

Pharynxcysten. (Kystes du pharynx.) Von Dr. Raugé. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1.)

Viel häufiger, als allgemein angenommen wird, da sie schwer zu sehen sind und im Allgemeinen nur die Symptome eines chronischen Rachencatarrhs hervorrufen. Am besten fühlen sie sich mittelst Palpation.

Aber manchmal können sie entfernte Reflexerscheinungen hervorrufen, z. B. Bronchialasthma, nervösen Husten mit seinen quälenden und schwarz gedeuteten Symptomen, Neuralgien an entfernten Stellen.

Dr. P. K.

Nervöse Aphonie, seit 4 Wochen bestehend, durch Suggestion während des hypnotischen Schlafs geheilt. (Aphonie nerveuse, datant de quatre semaines, guérie par la suggestion pendant le sommeil hypnotique) Von Dr. Emile Müller. (Gazette médicale de Strasbourg No. 2, 1891.)

Ein 30jähriges Mädchen hatte den vierten Anfall von Aphonie; die drei ersten Anfälle hatten nur 8 Tage gedauert, während der jetzige schon 4 Wochen ununterbrochen anhält. Der Titel sagt den Krankheitsverlauf. Die Heilung war bleibend. Dr. P. K.

Ueber den Schwingungsmodus der Membranen und über die Rolle des Musculus thyreo-arytaenoideus. (Sur le mode de vibrations des membranes et le rôle du muscle thyroaryténoidien.) Von Dr. A. Hubert. (Académie des sciences de Paris, Séance du 6 Avril 1891.)

Bei Versuchen, welche Verf. über die Schwingungen der Larynxmembranen und des Larynx selbst angestellt hat, kommt er zu dem Schluss, dass die dem Musculus thyreoarytenoideus bei den Brusttönen und dem Falsett gewöhnlich zugedachten Functionen falsch sind. Das innere Bündel dieses Muskels kann nur wirken, indem es die genau unter der Glottis gelegene Larynxschleimhaut zurückzieht (da selbe ja doch nicht schwingen kann) und so die Intensität des hervorgebrachten Tones verstärkt. In der Nähe seines Ursprunges, an der Cartilago cricoidea, scheint übrigens der Musculus cricoarytenoideus lateralis mit seinen dort befindlichen Fasern auch viel in derselben Weise zu wirken. Die Veränderungen in der Stimmhöhe, welche man durch einen auf den freien Stimmbandrand senkrecht ausgeübten Zug hervorrufen kann, beweisen den Nutzen des Auf- und Absteigens des Larynx, dessen Wirkung bis jetzt nicht erklärt war; diese letztere Larynxbewegung bemerkt man blos bei Sängern, wenn sie an die oberste oder unterste Grenze ihrer Stimmlage während des Singens angekommen sind; nämlich durch diese Bewegungen bewirkt der Sänger eine leichte Spannung und ein leichtes Erschlaffen der Larynxmucosa in einer auf den freien Stimmbandrand senkrechten Richtung, welche Bewegungen dann eine Erhöhung oder eine Erniedrigung der Tonhöhe bewirken. Dr. P. K.

Entfernen eines Fremdkörpers aus dem Larynx. (Extirpation d'un corps étranger du larynx.) Von Dr. Labbé. (Congrès français de chirurgie, März und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1.)

Ein metallener, mit spitzen Zacken versehener Stern lagerte sich zwischen die Stimmbänder eines kleinen Kindes, ohne dass augenblicklich ein Erstickungsanfall auftrat. Dieser trat erst in der nachfolgenden Nacht auf und ein hinzugerufener Arzt erkannte einen Laryngismus stridulus. Am nächsten Tage ins Spital gebracht, erkannte man mit dem Spiegel leicht den Fremdkörper; die Extraction gelang aber nicht. Labbé machte die einfache Larynxfissur, aber während der Operation traten

solche Erstickungsanfälle auf, dass die Tracheotomie schleunigst gemacht werden musste; während 45 Minuten musste die künstliche Respiration gemacht werden; sobald die Athmung hergestellt war, wurde der Fremdkörper spontan ausgeworfen; am achten Tage konnte die Canüle entfernt werden und die Stimme wurde wieder ganz hergestellt. Dieser Fall beweist die grosse Gefahr, welche man läuft, wenn die Laryngotomie ohne vorherige Tracheotomie ausgeführt wird. (Referent.)

Dr. P. K.

Larynxepithelioma, partielle Larynxresection. (Epithelioma laryngien, résection partielle du larynx.) Von Dr. Mollière. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1.)

Die zwei Operationen wurden in einer Sitzung gemacht: 1) Tracheotomie und Einführen der Trendelenburg'schen Tamponcanüle; 2) Aetherisation mit Anaesthesie, Resection der einen Seite der Cartilago thyreoidea, Exstirpation mittelst schneidender Zange des auf der Regio arytenoidea sitzenden Tumors, Erhaltung der Epiglottis. Heilung in einigen Tagen. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Morbus Basedowi. (Mania in exophtalmic goître. Exophtalmic goître in mania.) Von Dr. C. K. Clarke. (American Journal of insanity, April 1889 und Centralblatt für Nervenheilkunde von Erlenmeyer No. 16, 1889.)

Der erste Fall betrifft ein 30jähr. Fräulein, welches schon mehrere Jahre an Basedow'scher Krankheit litt, als es an Manie erkrankte, die in kurzer Zeit zum Tode führte. Die Section wurde leider nicht gestattet. Der zweite Fall betrifft einen 46jährigen Mann, der wahrscheinlich erst im Verlauf einer mehrjährigen Manie einen Morbus Basedowii bekam und in der Folge daran zu Grunde ging. Der Sectionsbericht erwähnt nichts vom Centralnervensystem. Dr. P. K.

Ein Fall von autochthoner Thrombose der linken Carotis. Von Dr. Theodor Proskauer. (Centralblatt für Nervenheilk. von Erlenmeyer No. 16, 1889.)

Nachdem Verf. die diesbezüglichen Arbeiten von Kussmaul und Anderen erwähnt, giebt er die genaue Beschreibung eines von ihm beobachteten Falles nebst Sectionsbericht. Bei Operationen wird die Unterbindung der Carotis interna relativ gut vertragen; die pathologischen Verstopfungen einer Carotis interna zeigen sehr verschiedene Symptome, welche meist auf die Erkrankung des ganzen Gefässsystems und namentlich des Herzens zurückzuführen sind; der Circulus Willisii kann dann nicht mehr, wie unter normalen Verhältnissen, die gestörte Circulation ausgleichen. Drei Folgezustände hat man bisher bei der Thrombose der Carotis beobachtet: Entweder bleiben, wie in dem Kussmaul'schen Falle, dauernde Hirnerscheinungen aus und die Circulation stellt sich in vollkommenem Maasse wieder her, oder es kommt zu einer Erweichung einer mehr oder weniger grossen Hirnpartie und zu bleibenden Lähmungen;

oder drittens kommen Hemiplegie und motorische Aphasie ohne Gehirnerweichung; in letzterem Falle führt der verminderte Blutzufluss nicht den Tod der Gewebselemente herbei, doch genügt er, ihre Function so weit zu beeinträchtigen, dass jene Ausfallserscheinungen eintreten.

Dr. P. K.

Ueber ein wenig bekanntes Symptom des Aneurysma des Aortenbogens. (Un signe physique peu connu de l'anévrysme de la crosse de l'aorte.) Von Dr. Macdonnell. (Semaine médicale No. 10, 1891.)

Der aufrecht stehende Kranke streckt den Hals bei geschlossenem Munde soviel als möglich; der Arzt fasst die Cartilago cricoidea zwischen Zeigefinger und Daumen und drückt selbe nach oben; auf diese Weise wird die Trachea gestreckt; bei bestehendem Aneurysma des Aortenbogens theilen in dieser Stellung die Pulsationen des Aortenbogens sich den beiden genannten Fingern mit. Verf. hat an 23 Fällen dieses Experiment gemacht und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Das Phänomen kommt nur ausschliesslich bei Aneurysmen des Aortenbogens vor; 2) das Phänomen tritt nur dann ein, wenn das Aneurysma von oben nach unten auf den linken Bronchus oder auf einen benachbarten Theil der Trachea drückt; 3) es bildet oft das einzige Symptom des Aneurysma; 4) bei anderen Aneurysmen der Aorta besteht es nicht; 5) durch einfachen Druck auf die Trachea wird es nicht hervorgebracht. Dr. P. K.

Fall von spontanem Aneurysma der Arteria thyroidea inferior. (Sur un cas d'anévrysme spontané de l'artère thyroidienne inférieure.) Von Dr. Brousses. (Académie de médecine de Paris, Séance du 31 Mars.)

Verf. betont das frühzeitige Auftreten der Neuralgie, welche jedoch bei jedem beliebigen Halstumor auftritt, mithin kein pathognomonisches Symptom ist; das schnelle Wachsen des Tumors, besonders nach einer Probepunction, kann ebenfalls bei Lymphosarcom vorkommen; Fehlen der Cachexie spricht eher für Aneurysma, ohne jedoch ein pathognomonisches Symptom zu sein; die freie Beweglichkeit der Spitze der eingeführten Nadel spricht noch am meisten für Aneurysma, obschon dieses Symptom manchmal bei weichen Tumoren anderer Art vorkommen kann. Das in diesem speciellen Falle sichere Symptom war das Hervorfliessen von rothem Blut in Absätzen, welche mit den Herzbewegungen isochron waren; unglücklicher Weise aber brachte diese Probepunction ein ungeheures, schnell auftretendes Wachsthums des Tumors herbei.

Dr. P. K.

Fremdkörper in der Speiseröhre. (Observation de corps étrangers de l'oesophage.) Von Dr. Brulant. (Bulletin médical du Nord No. 24, 1890.)

Eine Frau verschluckte während eines hysterischen Anfalles ihre falschen Zähne, welche an einer Cautschukplatte befestigt waren. In der Chloroformnarcose wurden von zwei Aerzten Extractionsversuche gemacht,

welche zu starken Blutungen mit ihren üblen Folgen und zu sonst negativem Resultat führten. Zwei Tage später starb Patientin; die Section ergab zwischen Colon descendens und transversum einen künstlichen Zahn mit einem Stück Platte; 8 Ctm. höher, als die Cardia, befanden sich im Oesophagus 3 Zähne mit dem Rest der Platte; 6 Ctm. lange Zerreissung des Oesophagus, welche in das hintere Mediastinum führte, welch letzteres mit Eiter und Speiseresten angefüllt war; vom Mediastinum aus gelangte man mit dem Finger in beide Pleurae, welche mit je einem Liter ähnlicher Flüssigkeit angefüllt waren; Magen und Darm mit geronnenem Blut angefüllt; in der Höhe der Cardia die Mucosa zerrissen, Epiglottis fast gänzlich abgerissen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Der Eingriff bei Fremdkörpern im Oesophagus ist nicht ohne Gefahr; 2) wenn keine Gefahr im Verzug ist, soll man nicht zu schnell einschreiten; 3) man soll nicht in der Chloroformnarcose Extractionsversuche machen.

Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Kayser: Bericht über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle (Schluss). — Onodi: Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen. — Nitsche: Ein Fall von doppelseitigen Nasensteinen. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Szenes: Ueber den therapeutischen Werth einiger neuer, in die ohrenärztliche Praxis eingeführter Heilmittel. — Eitelberg: Chronische circumscripte Entzündung und Polyp des äusseren Gehörganges als Druck-Erscheinung in Folge eines Cerumenpfropfes. — Gradenigo: Ueber subjective Ohrgeräusche bei der Otitis interna. — Kuhn: Ueber Erkrankungen des Ohres bei Diabetikern. — Körner: Ein Fall von diabetischer, primärer Ostitis des Warzenfortsatzes nebst Bemerkungen über den Einfluss grösserer Operationen auf den Verlauf von Diabetes. — Habermann: Neuer Beitrag zur Lehre von der Entstehung des Cholesteatoms des Mittelohres. — Böke: Die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes. — Patrzek: Das Pyoktanin in der Ohrenheilkunde. — Kessel: Ueber die Fremdkörper im Ohre. — Bing: Idiopathische acute Periostitis des äusseren Gehörganges. — Siebenmann: Metall-Corrosionspräparate des Labyrinthes. — Katz: Microphotographischer Atlas der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres. — Bing: Vorlesungen über Ohrenheilkunde. — b) Pharyngolaryngologische: Audubert: Ein Fall von Pusteln, welche die Haut, die Mundhöhle, den Pharynx, die Nase und den Larynx befallen. — Wallerand: Beitrag zur Entstehung der schwarzen Zunge. — Le Diberder: Paludische Neuralgie der Zunge mit Geschwürsbildung. — Bastin: Zungentumor bei einem 8jährigen Kinde. — Luc: Nachbehandlung des Empyems des Sinus maxillare mit Oeffnung in den Mund, sehr einfaches Auswaschen dieser Höhle. — Fleury: Pathogenese der Hasenscharte. — Bitot: Hysterisches Stummsein und hysterisches Stottern. — Pouzin: Ueber herpetische Angina acuta und Mundrachenzona. — Moure: Amygdalotomie und Blutung. — Garel: Ueber chronische, eingekapselte, in Folge einer acuten eiterigen Amygdalitis übrig gebliebene Abscesse. — Neumann: Ueber die Behandlung der chronischen Laryngitis. — Raugé: Pharynxcysten. Müller: Nervöse Aphonie, seit 4 Wochen bestehend, durch Suggestion während des hypnotischen Schlafs geheilt. — Hubert: Ueber den Schwingungsmodus der Membranen und über die Rolle des Musculus thyreo-arytaenoideus. — Labbé: Entfernen eines Fremdkörpers aus dem Larynx. — Molliére: Larynxepithelioma, partielle Larynxresection. — Clarke: Zwei Fälle von Morbus Basedowi. — Proskauer: Ein Fall von autochthoner Thrombose der linken Carotis. — Macdonnell: Ueber ein wenig bekanntes Symptom des Aneurysma des Aortenbogens. — Brousses: Fall von spontanem Aneurysma der Arteria thyroidea inferior. — Brulant: Fremdkörper in der Speiseröhre.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, August 1891.** **No. 8.**

I. Originalien.

Die Accumulatoren im Dienste der Medicin.

Von

Dr. **W. Freudenthal,** New-York.

Erst vor einigen Wochen bekam ich einen Artikel zu Gesicht, der bereits im Februar d. J. aus der Feder von Dr. W. Lamann in dieser Monatsschrift erschienen war. Der Inhalt dieses Artikels bewies mir, dass man es in Deutschland mit der Herstellung der Accumulatoren noch nicht bis zu der Vollkommenheit gebracht hat, wie es im letzten Jahre namentlich hier in New-York geschehen ist. Und dies ist der Grund für die folgenden Bemerkungen, deren practische Bedeutung vielleicht Manchem interessant sein mag.

Lamann rügt es zunächst, dass die Anwendung der Accumulatoren in Deutschland eine noch so geringe sei, und ich kann ihm da nur vollkommen beistimmen. Denn ich erinnere mich nicht, bei meiner Anwesenheit in Deutschland und Oesterreich im vorigen Jahre einen Accumulator auf einer Klinik gesehen zu haben. Und auch hier zu Lande geschieht dies noch nicht in der Weise, wie es die Accumulatoren eigentlich verdienten. Doch sind daran nach unserer Ansicht nicht die von Lamann citirten Umstände Schuld, sondern die bisherige Unzulänglichkeit dieser Apparate selbst.

L. hatte sicherlich Recht, wenn er sagte, dass die Anwendung der

Accumulatoren gewisse Vorstudien erforderte. Denn der von ihm benutzte Apparat setzte nicht nur gründliche theoretische Kenntnisse, sondern auch practische Erfahrung mit der Hantirung desselben voraus, und das sind Umstände, die man bei der grossen Mehrzahl des ärztlichen Publikums nicht voraussetzen konnte.

Da nun hier zu Lande die Tendenz besteht, die Anwendung eines jeden Gegenstandes möglichst einfach zu gestalten und so dem Verständnisse möglichst des grössten Theils der Bevölkerung nahe zu bringen, so wurde denn auch schliesslich ein Apparat construirt, der absolut keine Kenntnisse voraussetzt. Ein Jeder, selbst der Unerfahrenste, kann ihn hantiren und seine practische Brauchbarkeit stellt bis jetzt die aller anderen vorhandenen Apparate dieser Art weit in den Schatten.

Doch bevor ich an die Beschreibung desselben gehe, möchte ich gleich hier erklären, dass die Anwendung der Accumulatoren so lange eine platonische bleiben musste, bis man sie unabhängig machen konnte von der Chargirung durch primäre Elemente in der Wohnung des Arztes. Erst nachdem man auch diese Schwierigkeiten überwunden hatte, konnte man sagen, dass die Einführung der secundären Zellen in die allgemeine ärztliche Praxis eine gesicherte sei, und dass die Anwendung derselben auch für die Medicin fast ebenso bedeutungsvoll geworden ist, oder in kurzer Zeit werden wird, wie die der Electricität überhaupt.

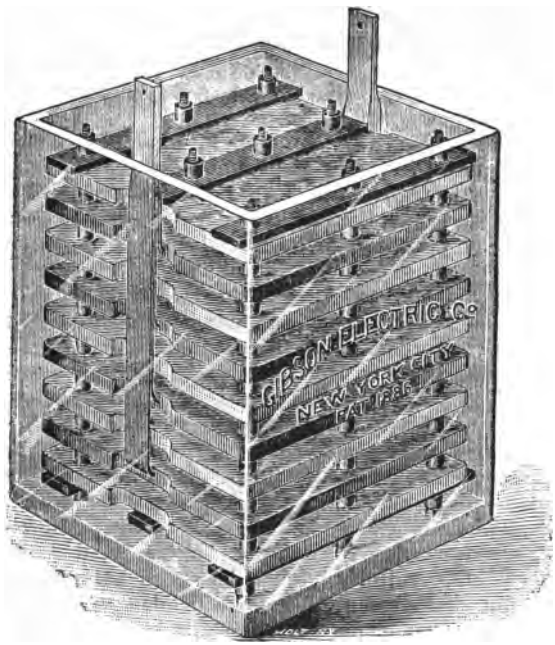
Vor etwas mehr als 5 Jahren fing ich an, mich mit der Frage der Accumulatoren zu beschäftigen, und da war es besonders die zu Reclamezwecken von der betreffenden Firma ausgesprengte Idee, die mich anzog, dass man nämlich ein secundäres Element mit Leichtigkeit in das Haus eines Patienten tragen könnte, um es dort zu galvanocaustischen und anderen Zwecken zu benutzen. Doch hatte die Sache ihren grossen Haken. Zunächst zeigte sich nur zu bald, dass ein Element selbst zu galvanocaustischen Zwecken keineswegs ausreichend war. Ausserdem waren in meiner laryngologischen Thätigkeit die Fälle, in denen man im Hause des Patienten zu operiren hatte, doch äusserst selten. Immerhin mögen diese transportablen Elemente für manche Fälle recht angenehm sein.

Das Haupthinderniss jedoch, welches mich damals bewog, die Accumulatoren vollständig aufzugeben, war die Chargirung durch primäre Elemente. Man benutzte damals — und thut es auch jetzt noch vielfach — die sogen. Kupfervitriolzellen (blue vitriol or gravity battery), deren Aufstellung hier in New-York vom Instrumentenmacher besorgt wurde, aber ausserhalb natürlich vom Arzte selbst geschehen musste, eine Sache, die immerhin einige Uebung erfordert. Es sollten ferner nach Angabe der Fabrik nur 4 Primärzellen für ein secundäres Element genügen. Ich hatte aber 10 Zellen für ein Element, und auch da versagte dasselbe sehr häufig. — Ich benutzte damals, den Versicherungen des Instrumentenmachers folgend, fälschlicher Weise nur ein Element. Jetzt benutze ich nur noch die vierzellige secundäre Batterie. — Ausserdem aber mussten die Zellen mindestens ein Mal wöchentlich frisch gefüllt, d. h. Kupfervitriol musste frisch hineingethan werden. Ferner musste alle 3—4 Wochen nachgesehen werden, ob genügend Wasser vorhanden war. Dann gingen Mal die Drähte nicht recht, oder es ging eine von den Platten zu Grunde. Kurz, es waren so viele Punkte zu beobachten, dass es wahrscheinlich den meisten Collegen mit dem Apparate ergangen ist,

wie mir: man vergass immer etwas, und immer dann, wenn man die Batterie am nothwendigsten brauchte, versagte sie. Abgesehen von allen diesen Uebelständen, nahmen diese Zellen einen nicht unbeträchtlichen Raum entweder im Sprechzimmer des Arztes oder im Keller ein, welches auch störend war.

Als ich einst auf einige Wochen verreiste und die Füllung der Zellen nicht besorgt worden war, fand ich, dass die Platten sich ganz abgenutzt hatten und neue an deren Stelle gesetzt werden mussten, was wiederum eine neue Ausgabe zu den nicht unbedeutenden alten bedeutete. Dies war dann für mich die Ursache, dass ich die Accumulatoren damals ganz aufgab und zu der alten Tauchbatterie zurückkehrte. Als auch diese anfing, Spuren von Altersschwäche zu zeigen, wurde ich vor etwa einem Jahre mit der jetzt modificirten, ursprünglich Gibson'schen Batterie bekannt, die jetzt von der Firma The W. F. Ford Surgical Instrument Co. hergestellt wird. Diese Batterie hat nach kleinen hinzugekommenen Verbesserungen einen derartigen Grad von Vollkommenheit erreicht, wie man ihn sich eigentlich kaum besser wünschen kann.

Die Batterie, wie ich sie jetzt ausschliesslich gebrauche, besteht aus 4 grossen, in einem gemeinschaftlichen Kasten befindlichen secundären Elementen, deren innere Einrichtung in möglichster Kürze die folgende ist. Wie aus der beigefügten Figur ersichtlich ist, besteht jedes secundäre Element aus einer Anzahl von Platten, deren oberste negativ ist.



Das Innere eines secundären Elementes
zur Veranschaulichung der Platten-Anordnung.

Die nächste ist positiv u. s. f. abwechselnd. Jede derselben ist mit Oeffnungen versehen, deren speciellere Construction Geheimniss der Firma und patentirt ist. Diese Oeffnungen sind mit Bleiglätte ausgefüllt, als ein ebenso wirksames, wie haltbares Material. Durch die ganze Länge der Zelle verlaufen 7 Hartgummi-Stäbe, welche zur Verbindung der Platten dienen und zu gleicher Zeit die wichtige Aufgabe erfüllen, einen Contact der Bleiplatten absolut unmöglich zu machen. Ausserdem werden die einzelnen Platten noch durch eine senkrecht verlaufende gemeinschaftliche Bleiplatte verbunden. Ein Contact ist also vollständig ausgeschlossen. Man kann diese Theile leicht auseinander nehmen und auswaschen, was man früher nicht konnte; und mein Instrumentenmacher versicherte mir, er hätte noch nie eine Oxydation dieser Theile gesehen, die nicht mit einem nassen Tuche abgewaschen werden konnte. In jeder Zelle befindet sich Acid. sulfur dil. (etwa 1 : 5 aqua).

Durch den gemeinschaftlichen Deckel geht ein **nicht**oxydirbares Metall — welches es ist, ist mir unbekannt — so dass die übrigens leicht herausnehmbaren Polausleitungen nicht angegriffen werden können. Weder die Schwefelsäure, noch auch die Gase derselben können die Polausleitungen erreichen. Diese beiden letzten Eigenschaften der Batterie wurden mit Recht von Lamann*) bisher vermisst, und das Fehlen derselben als höchst störend und kostspielig empfunden.

Auf dem Deckel befindet sich ein Rheostat, um den Widerstand herzustellen, und ausserdem noch eine Weiche, die uns in Verbindung setzt mit den einzelnen Zellen, von denen jede etwa 2 Volts repräsentirt. An der Weiche befinden sich zwischen den einzelnen Zellenverbindungspunkten sogen. todte Stellen, die den Strom nicht fortleiten, sondern verhindern sollen, dass derselbe aufgebraucht wird, wenn sich der Zeiger zufällig verschieben sollte.

Jede Zelle fasst 50 Ampères, aber alle 4 zusammen natürlich auch nicht mehr. Die ganze Batterie ist demnach so stark, dass sie einen Druck von 40 Ampères aushält, ohne dass die Zellen zerstört würden. Aus der colossalen Anzahl der Ampères kann man es sich daher erklären, dass der Apparat ohne frische Chargirung sehr lange vorhalten muss, nach den Angaben des Fabrikanten 6 Monate lang!! Ich weiss nicht, ob sich die letztere Angabe bestätigen wird, nur soviel kann ich sagen, dass ich meinen letzten Apparat jetzt schon 3 Monate habe, ohne dass er chargirt worden wäre. Ich benutze ihn jeden Tag, entweder zu galvanocaustischen oder zu Durchleuchtungszwecken — zu letzteren manchmal sogar bis zu 10 Minuten lang — und trotzdem zeigt der Apparat heute noch kaum ein Schwächerwerden an. Es ist mir dies zum ersten Male in meiner Praxis passirt, und so überraschend für mich, dass ich fast am Ende meiner Wünsche in dieser Beziehuug zu sein glaube.

Und was die Handhabung des Apparates anbetrifft, so kann es wohl schwerlich etwas Einfacheres geben. Alles, was man zu wissen braucht, ist die Anwendung des Rheostaten. Wenn man ausserdem noch den Apparat beständig aufrecht stehen lässt, so hat man Alles erfüllt, was zur Hantirung desselben nöthig ist. In den 3 Monaten, in denen ich den Apparat benutzte, habe ich mich absolut nicht um denselben bekün-

*) Loc. cit.

mert, und habe ihn stets in Ordnung gefunden, wann auch immer ich ihn brauchte.

Ebenso einfach, wie die Hantirung des Apparates, ebenso einfach ist auch dessen Chargirung für den Arzt. Wenn immer der Apparat den Dienst versagte, benachrichtigte ich den Instrumentenmacher davon. Derselbe liess den Apparat sofort holen, verband ihn über Nacht mit einer Dynamo-Maschine und sandte ihn am nächsten Morgen chargirt zurück. Alles dieses ist so billig, dass es kaum der Rede werth ist. Man könnte, wenn man eine Dynamo-Maschine in der Nähe hat, die Chargirung auch selber mit Leichtigkeit vornehmen, aber ich ziehe die erste Methode vor, da bei dieser Gelegenheit vom Instrumentenmacher gleich nachgesehen wird, ob die Batterie auch vollständig in Ordnung ist. — Wenn man die Chargirung selber vornimmt, was auch von der electrischen Strassenbeleuchtung aus geschehen kann, so darf man nicht vergessen, einen genügenden Widerstand in den Strom zu fügen, damit die Zellen nicht zerstört werden. Am besten ist es, wenn man eine Edison'sche Lampe von genügender Stärke einschaltet.

Wenn ich noch hinzufüge, dass man auch einen faradischen Strom mit grosser Leichtigkeit aus dieser Batterie erzeugen kann, so sehen wir, dass dieselbe sowohl zu galvanocaustischen, zu Be- und Durchleuchtungszwecken, als auch zum Treiben von Motoren für Rhinologen und Zahnärzte, sowie endlich auch zur Faradisation benutzt werden kann. Die Batterie leidet nicht durch übermässigen Gebrauch und verliert nichts von ihrer Kraft, wenn sie gar nicht benutzt wird. Sie ist billig*), practisch, und für den Arzt das Bequemste, was man sich nur denken kann. Sie erfüllt somit alle Anforderungen, die man heut zu Tage an eine derartige Batterie stellen kann, in vollkommenster Weise.

Erwiderung

auf die Bemerkungen des Herrn Grünwald zu meinem Aufsatz „Heilung eines grossen „typischen" Nasenrachenpolypen".

Von

Dr. **Hansberg** in Dortmund.

Bei dem von mir beobachteten Fall ist 4 Monate nach der Heilung ein Recidiv nicht eingetreten. Der Kranke wurde am 19. October 1890 gesund entlassen und stellte sich am 22. Februar 1891 wieder bei mir ein mit der Angabe, dass seit 8 Tagen eine, wenn auch unbedeutende, Blutung aus der linken Nasenhöhle eingetreten sei. Beide Nasenhöhlen waren für Luft gut durchgängig, der Nasenrachenraum vollkommen frei und glatt, dagegen fand sich seitlich in der linken Nasenhöhle, kurz vor der Choanalöffnung, ein halbrundlicher Tumor von blassrother Farbe und der Grösse einer kleinen Haselnuss, der bei Berührung mit der Sonde leicht blutete. Derselbe wurde mit dem Conchotom exstirpirt und der Geschwulst-

*) Der Ankauf derselben ist allerdings theurer, als der der alten Batterien, aber dafür ist die Benutzung bedeutend billiger.

rest mit dem Galvanocauter zerstört. Der Kranke wurde bis vor Kurzem von mir beobachtet; ein weiteres Recidiv hat sich nicht eingestellt, der Kranke ist also wieder 4 Monate hindurch verschont geblieben.

Herr Grünwald macht mir in seinen Bemerkungen den versteckten Vorwurf, als habe sich in meinem Fall eine Schlingenoperation wohl ausführen lassen, ihm sei es wenigstens gelungen, bei 3 Nasenrachenpolypen von eben derselben Beschaffenheit, wie der meinige war — ich habe die Arbeit des Herrn Grünwald nicht gelesen — in einer einzigen Sitzung den Tumor mit der galvanocaustischen Schlinge abzuschnüren. Wenn die Sache so einfach ist, dann ist ja die Frage über die Schwierigkeit der Beseitigung grosser, breitbasiger, ungestielter Nasenrachenpolypen — ich möchte hier aber nochmals ausdrücklich hervorheben, dass ich nur von solchen in meiner Arbeit gesprochen habe — in der befriedigendsten Weise gelöst; dann ist es aber wahrlich unbegreiflich, dass noch heutigen Tages von unseren hervorragendsten Chirurgen, denen doch die von Herrn Grünwald benutzte Methode schon längst bekannt ist, die eingreifendsten Voroperationen nicht gescheut werden; es wäre dann vollends nicht zu begreifen, dass Operateure, wie Voltolini, Michel u. A., denen Herr Grünwald doch schwerlich Mangel an Geschicklichkeit vorwerfen wird, zu der langwierigen electrolytischen Behandlung übergegangen sind. Aber so einfach, wie Herr Grünwald die Operation schildert, ist dieselbe bei grossen breitbasigen Polypen nicht, und wenn Herr Grünwald meine Krankengeschichte aufmerksam durchgelesen hat, so hätte er sich überzeugen müssen, dass in meinem Fall eine Schlingenoperation, zumal in einer Sitzung, zu den absoluten Unmöglichkeiten gehörte. Der Tumor füllte den ganzen Nasenrachenraum aus, hatte z. Th. die benachbarten Knochen usurirt und war Verwachsungen eingegangen, die Insertion war eine sehr weit ausgedehnte, flächenhafte, betrug im Durchmesser 4 Ctm., sie reichte vom Dach der Choane bis unterhalb der Protuberantia Atlantis im Sagittaldurchmesser, im Frontaldurchmesser hatte sie sogar noch auf die seitlichen Theile des Pharynx übergegriffen, so dass also Sitz und Insertion des Tumors so ungünstig wie möglich waren. Ich überzeugte mich daher bald von der Unmöglichkeit, die Schlinge umzulegen und stand mit Recht von weiteren Versuchen ab. Dieser Ansicht traten auch die hiesigen Collegen Dr. Gerstein (Chirurg) und Dr. Schmitz (Specialcollege) bei, die den Kranken ebenfalls untersuchten und bei verschiedenen Operationssitzungen zugegen waren. Wenn hier wirklich eine Schlingenoperation in Frage kommen sollte, so konnte das höchstens mit der breiten, starren Glühschlinge von Voltolini geschehen, mit der man meisselartig Stücke aus der Geschwulst hätte abschneiden können. Ich bin aber sehr zweifelhaft, ob das hier sich ausführen liess, jedenfalls aber würde man nur sehr langsam im günstigsten Fall damit zum Ziele gelangt sein.

Herr Grünwald hegt Zweifel, dass es sich in meinem Fall um einen „typischen“ Nasenrachenpolypen gehandelt habe. Den Ausdruck „typischer Nasenrachenpolyp“ habe ich Bensch entlehnt, der meiner Meinung nach die beste Arbeit über diese Neubildungen geliefert hat, ich finde wenigstens diesen Ausdruck bei anderen Autoren nicht angegeben. Alle Merkmale aber, die Bensch als für einen „typischen“ Nasenrachenpolypen characteristisch anführt, passen so ganz und gar

zu dem von mir beschriebenen, dass auch nicht der geringste Zweifel obwalten kann, dass es sich in meinem Fall um einen wirklich „typischen" Nasenrachenpolypen im Bensch'schen Sinne handelte. Und weshalb ist nach Herrn Grünwald derselbe nicht als ein „typischer" zu bezeichnen? Weil die Geschwulst erst mit dem 29. Lebensjahre auftrat, der Träger demnach bereits 4 Jahre im immunen Alter sich befand! Ich glaube, mit dieser Anschauung dürfte Herr Grünwald doch wohl vereinzelt dastehen. Von den Autoren erwähnt z. B. Schech in seinem Werk: „Krankheiten der Mundhöhle etc., II. Aufl.", nicht einmal das fast ausschliessliche Vorkommen der Nasenrachenpolypen im jugendlichen Alter, woraus man doch wohl den Schluss ziehen darf, dass er hierauf keinen grossen Werth legt. Ich möchte Herrn Grünwald bemerken, dass zur Einreihung einer Geschwulst in eine bestimmte Categorie in erster Linie der pathologisch-anatomische Befund entscheidet, sodann der klinische Verlauf; was würde Herr Grünwald wohl sagen, wenn eine anatomisch wie klinisch als „Carcinom" festgestellte Geschwulst nur um deswillen nicht diese Bezeichnung erhalten sollte, weil dieselbe im jugendlichen Alter aufgetreten sei! Solche Fälle sind zweifellos vorgekommen, aber sie stossen den Satz nicht um, dass das Carcinom eine Erkrankung des reiferen Alters ist. Auch der „typische" Nasenrachenpolyp ist zweifellos eine Krankheit des Kindesalters, und es ist mir keineswegs eingefallen, gegen diese zu Recht bestehende Auffassung und die „juvenile" des Herrn Grünwald zu Felde zu ziehen, ich habe von vornherein meinen Fall als eine Ausnahme von der Regel betrachtet, ganz ebenso, wie das von Bensch geschehen ist, der mir schrieb: „Nulla regula sine exceptione und überdies handelte es sich auch in Ihrem Fall um ein jugendliches Individuum." Obwohl nun dieser erst im immunen Alter auftretende, sonst alle Merkmale eines „typischen" Nasenrachenpolypen tragende Tumor schon um deswillen unser Interesse in Anspruch nimmt, so leitete mich zur Veröffentlichung des Falles doch ein ganz anderer Beweggrund, nämlich der, nachzuweisen, dass auch bei grossen breitbasigen Nasenrachentumoren die rhinochirurgische Technik gegenwärtig so vervollkommnet ist, dass wir der entstellenden und gefährlichen Voroperationen entbehren können, denn es ist leider nur zu wahr, dass auch noch heutigen Tages eine Menge Nasenrachenpolypen solche schweren operativen Eingriffe ganz unnöthig nach sich ziehen, es muss daher unser Bestreben sein, der specialistischen ungefährlichen Behandlung allgemeineren Eingang zu verschaffen.

Herr Grünwald betont die Möglichkeit des spontanen Schwindens der „typischen" Nasenrachenpolypen, er meint, dass es zwar noch nicht an der Zeit sei, irgend welche allgemein giltige Maximen für das Verhalten gegenüber diesen juvenilen Geschwülsten aufzustellen, da noch zu wenig Erfahrungen über den spontanen Verlauf vorlägen, dass wir aber die Frage der Spontanheilung aufmerksam im Auge behalten müssten. Ich bin mit Voltolini der Meinung, dass die wenigen bisher beobachteten Fälle spontaner Rückbildung nicht geeignet sind, eine Richtschnur für unsere therapeutischen Maassnahmen zu bilden, wir werden uns daher hüten, einer bisher nur durch einzelne Thatsachen verbürgten Theorie zu Liebe die Kranken in Erwartung einer spontanen Rückbildung sich selbst zu überlassen. Wenn es aber Herrn Grünwald gelang, 3 Mal eben-

solche Tumoren, wie ich beschrieben, in einer Sitzung zu beseitigen, wozu dann die exspectative Methode besonders berücksichtigen! Dieselbe hatte doch nur so lange einen Werth, als die gefährlichsten Voroperationen, die allein schon nach der Statistik circa 50 pCt. Todesfälle im Gefolge hatten, zur Beseitigung der Nasenrachenpolypen geübt wurden; sobald wir Methoden kennen, die schnell und ungefährlich zum Ziele führen, gebietet uns die Rücksichtnahme auf den Kranken, denselben von seinen Qualen zu befreien, selbst auf die Gefahr eines bald auftretenden Recidiv's hin.

Ich hatte in meiner Arbeit hervorgehoben, dass in meinem Fall ein Trauma die Veranlassung zu der Tumorbildung gewesen sein könne, da hier in frappanter Weise gleich nach Einwirkung des Trauma's die nasalen Störungen aufgetreten waren. Herr Grünwald bestreitet diese Möglichkeit und betont das spontane Kommen und Verschwinden der „typischen" Nasenrachenpolypen. So geistreich aber auch immer der Erklärungsversuch von Bensch für die Aetiologie dieser Geschwülste ist — und auch Bensch betrachtet seine Erklärung nur als einen Versuch —, so ist doch, die Richtigkeit desselben zugegeben, in erster Linie nach einem Grund für diese im concreten Fall aufgetretene Wachsthumsanomalie zu suchen, und da scheint mir aber ein Trauma nicht so ohne Weiteres von der Hand zu weisen; ist doch bei manchen anderen Geschwulstarten — ich erinnere nur an das Carcinom der Lippe, des Uterus etc. — eine traumatische Ursache mit der allergrössten Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Auf den Einwurf des Herrn Grünwald, dass bei der von mir geübten Operationsmethode eine erhöhte Infectionsgefahr vorgelegen habe, erwidere ich, dass auch bei der galvanocaustischen Operation Blutungen eintreten, demnach auch hier eine Infection nicht ausgeschlossen ist.

Dortmund, den 10. Juli 1891.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Die Erfolge der Trepanation bei dem otitischen Hirnabscess. Von Dr. Eduard Braun. (Arch. f. O. Bd. XXIX., Heft III.)

B. empfing die Anregung zu dieser werthvollen Arbeit durch die Beobachtung von 6 Patienten der Schwartze'schen Klinik, bei denen wegen Hirnabscesses und Abscesses zwischen Dura und Knochen die Trepanation ausgeführt wurde, und von denen drei mit dem Leben davon kamen. Bei dem einen wurde der Kleinhirnabscess eröffnet, bei dem zweiten ein subduraler Abscess, bei dem dritten konnte der gesuchte Abscess nicht gefunden werden.

Bei der Wichtigkeit des Themas von der operativen Eröffnung der Hirnabscesse erscheint es angezeigt, die interessanten Krankengeschichten im knappen Auszuge mitzutheilen.

Bei Fall I. wurde 7 Wochen nach dem Auftreten einer linksseitigen eitrigen Mittelohrentzündung die Trepanation des Warzenfortsatzes aus-

geführt; die Operation schien gelungen und Patient ausser aller Gefahr, als plötzlich — 5 Wochen nach der Operation — Schmerzen und Steifigkeit des Nackens, dann Druckschmerz im linken Occiput auftrat.

Unter geringen Remissionen dauerten diese Beschwerden an und stellten sich auffallend starker eitriger Ausfluss aus Ohr und Operationswunde sowie öftere abendliche Fieberregungen ein.

Jetzt wurde — zwei Monate nach der ersten Operation — der Processus mastoideus wieder eröffnet und eine Perforation der Dura gefunden, durch welche eine Sonde 2 Ctm. tief in einen Kleinhirnabscess eingeführt werden konnte. Bei täglichem Verbandwechsel und Drainage nahm der Eiterausfluss innerhalb eines Monates so ab, dass das Drain weggelassen werden konnte. Fünf Wochen nach der Trepanation war die Wunde verheilt, nach einem weiteren Monat wurde der Patient vollständig frei von allen Beschwerden und mit guter Hörweite entlassen. Seitdem ist er durch drei Jahre völlig gesund geblieben.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 12jährigen Knaben, der nach chronischer Mittelohreiterung Cholesteatom acquirirte, bei dessen Entfernung durch Aufmeisselung des Warzenfortsatzes sich auch ein subduraler Abscess vorfand. Wenige Tage nach der Operation traten pyämische Erscheinungen auf, nach einigen Wochen Hirndrucksymptome, derentwegen die Trepanation des Schädels $2^1/_2$ Ctm. über und 1 Ctm. hinter dem Gehörgange ausgeführt wurde. Aus dem Schläfelappen konnte bei 8—10maliger Probepunction kein Eiter entleert werden. Zehn Tage später wurde auf das Kleinhirn hintrepanirt, und dasselbe nach acht verschiedenen Richtungen punktirt, wieder vergeblich.

$2^1/_2$ Monate hierauf starb der Patient und fand sich in der linken Kleinhirnhemisphäre eine pflaumengrosse längliche Höhle ohne Inhalt, mit derben, von Leisten durchzogenen, schmutzigen, blassgelben Wandungen, es hatte vollständige Resorption des Eiters stattgefunden, ein Ereigniss von grösster Seltenheit. Die Symptome ante mortem waren gewesen: abendliche Fieberregungen, dabei Pulsverlangsamung, Erbrechen, viel Kopfschmerz und Schmerzen in beiden Augen, zunehmende Abmagerung.

Der dritte Fall, der jedoch durchaus nicht klar und bei dem die Diagnose nicht erhärtet ist, bezieht sich auf einen 17jährigen Lehrling, dem wegen Druckempfindlichkeit am Planum mast. infolge recenter Mittelohrentzündung linkerseits der Warzenfortsatz eröffnet wurde; ohne dass man dabei auf Eiter kam, wurde der Patient 20 Tage später geheilt entlassen. Nach sechs Wochen traten Schwindel, Taumeln und Fallen nach rechts hinten, nach weiteren vier Wochen rechtsseitige Abducens- und Internuslähmung auf, sowie Kopfschmerzen. Da diese Symptome mit unbedeutenden Intervallen durch 4 Monate anhielten, wurde die Diagnose auf Kleinhirnabscess gestellt, die Trepanation des linken Hinterhauptbeines vorgenommen, das Kleinhirn nach drei Richtungen hin punctirt und mittelst Scalpells angestochen, wobei sich jedoch kein Eiter entleerte. Heilung per primam nach vierzehn Tagen; Kopfschmerzen verschwunden. Nach einem Monate die alten Symptome, die allmählig wieder nachlassen und einer gewissen Euphorie Platz machen.

Der vierte Patient war ein 28jähriger Zimmermann, welcher von Jugend auf an foetider Mittelohreiterung rechterseits litt und 17 Tage vor dem Spitalseintritte an stärkerer Eiterung, Schmerzen im rechten

Ohre und Kopfschmerzen rechterseits erkrankte. Bei der Aufnahme fand sich Caries der hinteren oberen Gehörgangswand, Tags darauf stellte sich Schüttelfrost, hohes Fieber, heftiger Kopfschmerz, Schwindel und Taumeln ein; die zwei Tage später vorgenommene Aufmeisselung des Antrums brachte keine Besserung. Es kamen die Kopfschmerzen in der rechten Stirne und Schläfe wieder, Pulsverlangsamung und Schläfrigkeit traten auf (Temperaturangaben fehlen leider); 11 Tage nach der Operation wurde Patient unbesinnlich und bekam tonische Krämpfe der linken Körperhälfte sowie einmal Trismus.

Jetzt wurde ein Abscess im rechten Schläfelappen angenommen, sofort zur Trepanation geschritten und dabei eine Knochenöffnung von $1^1/_2$ Ctm. Länge und 6—7 Mm. Breite, 2 Ctm. über dem Gehörgange angelegt. Anschneiden des Schläfelappens förderte etwas Eiter zu Tage. Tod zwei Stunden später. Die Section ergab einen hühnereigrossen Abscess des rechten Schläfelappens, der auch durch die Schnittöffnung nicht genügend entleert war. Das Schläfebein war an drei Stellen gegen die Schädelhöhle zu durchbrochen.

Im fünften Falle handelte es sich um einen kolossalen Abscess zwischen Dura und Knochen in der Gegend des Kleinhirnes, trotz glücklicher Entleerung trat Tod ein durch metastatischen Lungenabscess und fand sich bei der Section ein zweiter Abscess im Schläfelappen, der intra vitam nicht diagnosticirt worden war.

Im sechsten Falle endlich konnte man bei einem 19jährigen Burschen nach der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes einen subduralen Abscess entleeren, der bei acuter Caries durch Otitis media suppurativa acuta entstanden war. Der fast moribund gewesene Patient erholte sich rasch und sistirte die Otorrhöe schon acht Tage post operationem.

Im Anschlusse an die Mittheilung dieser Fälle bespricht der Autor eingehend die bekannten Ausgänge des Hirnabscesses, bei denen man trotz der Möglichkeit langer Latenzperioden von einer definitiven Heilung bei Lebzeiten des Patienten nicht reden könne, und citirt die bisher bekannten, für die Trepanation bei Hirnabscess aufgestellten Ansichten und Indicationen, wobei er den von Bruns*) 1854 aufgestellten Sätzen die grösste Bedeutung beimisst, da sie durch die Erfolge der antiseptischen Behandlung noch fester begründet seien. Die auch auf den otitischen Hirnabscess zu beziehenden bemerkenswerthesten Stellen lauten: ....

2) Befindet sich in dem Schädelgewölbe eine Lücke, in welcher die Hirnhäute frei liegen, und ist auch nur ein mässiger Grad von Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass sich gerade unter dieser Stelle ein Abscess befindet, so muss dieser sofort durch einen Einstich in die Dura oder in die Gehirnsubstanz entleert werden.

3) Ist aber die Hirnschale geschlossen, so wird sich der Arzt nur dann zur Trepanation entschliessen, wenn die davon für den Kranken zu befürchtende neue Lebensgefahr geringer erscheint als die von der Unterlassung des Eingriffes.

a) Sind gar keine Umstände vorhanden, welche Vorhandensein und Sitz des Abscesses auch nur mit Wahrscheinlichkeit vermuthen lassen,

*) Die chirurgischen Krankheiten und Verletzungen des Gehirnes und seiner Umhüllungen.

so ist jeder Operationsversuch zur Auffindung und Entleerung zu unterlassen. b) Kann dagegen nicht nur Dasein, sondern auch Sitz des Abcesses mit voller Sicherheit diagnosticirt werden, so ist die Entleerung durch die Trepanation ganz entschieden angezeigt.

Was die Technik der Operation betrifft, so solle selbe mit Hammer und Meissel mit breiter Eröffnung der Schädelhöhle vorgenommen werden. Die Knochenlücke soll mindestens thalergross sein. Sind keine pathologischen Veränderungen vorhanden, die den Weg zum Abscesse weisen, so muss man sich denselben nach den feststehenden Regeln bahnen. Nach Chauvel trifft man den Schläfelappen am besten in einer vom äusseren Augenwinkel beginnenden und den oberen Rand der Ohrmuschel tangirenden Linie, die durch zwei auf derselben errichtete Senkrechte, die eine vor, die andere hinter der Ohrmuschel, abgegrenzt wird. Der Mitte der genannten Horizontalen zwischen den Fusspuncten der beiden Senkrechten entspreche die mittlere Windung des Schläfelappens. Bei Kleinhirnabscessen müsse man von der Trepanationsöffnung im Warzenfortsatze nach hinten und oben vorgehen.

Die Dura soll breit eröffnet werden, der früher üblich gewesene Einstich ins Gehirn mittelst der Explorativnadel ist durch den Einschnitt mittelst Scalpells zu ersetzen. Die Abscesshöhle muss ausgespült und drainirt werden. Die Heilungsdauer betrug in den von B. zusammengestellten Fällen 17 Tage bis vier Monate und ist die Möglichkeit der vollständigen Ausheilung durch festes Narbengewebe anatomisch erwiesen. Die Trepanationslücke schliesst sich durch festes, in der Regel ausserordentlich derbes, ja knochenhartes Narbengewebe.

Bedenken gegen die Ausführung der Operation findet B. in der Schwierigkeit der manchmal zwischen Abscess und Tumor schwankenden Diagnose und in der Unmöglichkeit, das Vorhandensein multipler Abscesse zu erkennen oder auszuschliessen; die Gefahren in der Möglichkeit der Wundinfection — Hinzutreten von Meningitis —, in der dickeren Consistenz des Abscesseiters, in Blutungen aus den Gefässen der Hirnhäute, im Hirnprolapse, schliesslich in der Möglichkeit, dass durch das eingeführte Drain die weiche Abscesswand perforirt werde; schliesslich müsse das Auftreten von Epilepsie nach der Vernarbung gefürchtet werden.

Zur Verhütung der otitischen Hirnabscesse wäre die Belehrung des Publikums seitens der Aerzte wichtig, den „Ohrenfluss" nicht für ein unbedeutendes oder gleichgiltiges Leiden zu halten, bei dem die Kranken erst in Behandlung kommen, wenn schon Zerstörungen am Felsenbeine da sind, und das Uebergreifen der Entzündnng auf die Schädelhöhle nicht mehr zu verhüten ist, oder schon stattgefunden hat. Ist aber der Hirnabscess schon da, dann darf neben ihm das Ohrenleiden nicht vernachlässigt werden, da sonst nach glücklicher Entleerung des Hirnabscesses die Entzündung vom Ohre auf's Neue gegen das Gehirn vordringen könnte. Es sei daher die Eröffnung jeden chronischen Hirnabscesses nach eitriger Mittelohrentzündung die Aufmeisselung des Antrum mastoideum vorauszuschicken, und zwar nach der Schwartze'schen Methode.

Gomperz.

Ueber die Einwirkung des Koch'schen Verfahrens auf Mittelohraffectionen. Von Dr. Oscar Brieger. Aus dem Vortrag: Ueber die Einwirkung des Koch'schen Verfahrens auf Schleimhautlupus, gehalten in der med. Sect. der schles. Ges. f. vaterl. Cultur. (D. med. Wochenschr. 5, 1891.)

B. berichtet über zwei Fälle. Bei einem mit Lupus faciei et auriculae dextr. behafteten Knaben, welcher gleichzeitig an einer angeblich seit frühester Kindheit bestehenden rechtsseitigen Mittelohreiterung litt, zeigte sich nach 5 Injectionen, ohne dass irgend welche Localbehandlung vorgenommen war, eine eclatante Besserung der Ohrerkrankung. Das vorher reichliche und stark foetide Ohrsecret, in welchem übrigens niemals Bacillen gefunden wurden, war fast vollkommen versiegt und nicht mehr foetid; am Trommelfell, welches durch starke Schwellung der Gehörgangswandungen vorher fast gänzlich verdeckt war und erst unter der Anwendung der Injectionen mit der allmähligen Abnahme der Gehörgangsschwellung der Untersuchung zugänglich wurde, war nach den Injectionen im vorderen unteren Quadranten eine ovale, ziemlich kleine Perforation, an der in ihr zu Tage liegenden Paukenschleimhaut einzelne mattrothe, flache Granulationen noch erkennbar. Das vor der Behandlung stark herabgesetzte Hörvermögen war zur Zeit des Abschlusses der Beobachtung erheblich gebessert.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine sicher tuberculöse Mittelohraffection, die nur wenige Wochen bestanden hatte; früher waren Bacillen im Ohrsecret nachgewiesen worden. Zur Zeit der Aufnahme schien die Affection abgelaufen zu sein, da beide Ohren secretfrei waren und zunächst auch blieben. Es bestanden beiderseits grosse Trommelfelldefecte, in deren Bereich die glatte, nur noch etwas hyperämische Paukenschleimhaut vorlag. Nach der 6. Injection zeigte sich links ein vorübergehendes, nur an dem Injectionstage nachweisbares Aufflackern der Secretion bei etwas stärker hyperämischer Beschaffenheit der Paukenschleimhaut, nach der 11. Injection Wiedereintritt der seit etwa 4 Wochen verschwundenen Absonderung von Eiter, in welchem nun auch wieder ganz vereinzelte Bacillen nachweisbar waren. B. hält für beide Fälle den Einfluss der Injectionen für möglich, wenn auch nicht zu beweisen.

Andere, dem Koch'schen Verfahren unterworfene suspecte Mittelohraffectionen, sowie ein Fall von ausgedehnter Caries des Felsenbeines reagirten nicht.

Gomperz.

Der Einfluss des Geschlechtes auf überwiegendes Erkranken des rechten oder linken Ohres. Von Dr. Löwenberg. (Deutsche med. Wochenschr. No. 49, 1890.)

Von 3000 Fällen betrafen 1790 das männliche, 1210 das weibliche Geschlecht. Einseitig erkrankt waren 478 Männer und 311 Frauen, das rechte Ohr allein war erkrankt bei 212 Männern und 167 Frauen, das linke allein bei 266 Männern und 144 Frauen. Einseitige Schwerhörigkeit befällt demnach bei Männern häufiger das linke, bei Frauen häufiger das rechte Ohr. Unter den mit doppelseitiger Schwerhörigkeit Behafteten befanden sich 1074 Männer und 737 Frauen; und zwar war das rechte Ohr schwerhöriger als das linke bei 427 Männern und 340 Frauen, das linke schwerhöriger als das rechte bei 647 Männern und 397 Frauen.

Demnach ist, wenn beide Gehörorgane ergriffen sind, das linke bei Männern auffallend häufiger schwerhörig als das rechte, während dieses Verhältniss bei Frauen bedeutend seltener überwiegt.

Auf beiden Seiten gleich hochgradige Hörstörungen fanden sich bei 238 Männern und 162 Frauen. Gomperz.

Beitrag zur Behandlung des sclerotischen Mittelohrleidens. Von Dr. Loewenberg. (Deutsche med. Wochenschr. No. 28, 1890.)

Während L. die treffliche Wirkung der Einblasungen von Luft, oder Arzneistoffen in die Paukenhöhle bei den acuten und chronischen, catarrhalischen und eitrigen Mittelohrentzündungen voll anerkennt und hierbei etwaige, bei ihrer Verwendung vorkommende Zerrungen des Schallleitungsapparates für irrelevant hält, will er übermässige Druck- und Stosswirkungen bei der Behandlung der Sclerose vermieden wissen. Geschieht die Behandlung durch den Arzt, so solle ausschliesslich der Katheterismus verwendet werden, bei welcher Operation die Stärke des Druckes beliebig geregelt werden kann. Dabei müsse sich der Patient das Ohr hermetisch mit dem Finger verschliessen, wodurch die Spannung des Trommelfelles nach aussen beschränkt werde.

Für den Fall, dass dem Patienten die Behandlung überlassen werden müsse, fordert L., dass der Patient sich womöglich selbst das Politzer'sche Verfahren, das hierbei in Betracht kommt, mache, da er am besten die nöthige Druckkraft abzuschätzen lerne. Während der Einblasung müsse er sich aber von einer zweiten Person beide Ohren mit den Fingern schliessen lassen. Die Assistenz einer zweiten Person kann übrigens umgangen werden, wenn der von Löwenberg 1884 angegebene Apparat*) benutzt wird, der aus einem Ballon besteht, von dessen Ansatze ein oder zwei mit Oliven armirte Schläuche abgehen, welche luftdicht in den einen oder beide Gehörgänge gesteckt werden.

Was die Wahl der durch den Catheter einzublasenden Medicamente betrifft, so warnt L. vor den feuchten Wasser- und sonstigen Flüssigkeits-Dämpfen und den trockenen Joddämpfen**). Werthvoll scheinen L. die kalten, mit Luft gemengten Joddämpfe, wie man sie durch Aspiration aus einer crystallisirtes Jod enthaltenden Flasche in den Ballon erhält. Gegen die subjectiven Geräusche fand L. die Dämpfe des Bromäthyls, per tubam eingeblasen, besonders wirksam.

Schliesslich macht L. auf ein Symptom aufmerksam, das er so regelmässig vorfand, dass er seine diagnostische und prognostische Verwerthung empfehlen kann: „Während die Einblasung der Dämpfe des Aethers, Chloroforms und Bromäthyls Patienten, die an anderen Ohrenkrankheiten als an Sclerose leiden, das Gefühl der Kälte erzeugt, geben die an Sclerose leidenden Patienten ein Gefühl der Wärme, ja des Brennens an". Gomperz.

---

*) Berl. klin. Wochenschr. No. 37, 1884.

**) Die Wiener Schule hat diese Behandlungsmethode seit Jahren aufgegeben.

Das Verhältniss der Ohrenheilkunde zu den anderen Zweigen der medicinischen Wissenschaft. Von Prof. Dr. Julius Böke, Budapest. Vorgetragen in der chirurgischen Section der XXV. Wanderversammlung ungarischer Aerzte und Naturforscher zu Grosswardein. (Arbeiten der Wanderversammlung, Budapest 1891, pag. 323—325.)

Verfasser erinnert zuvörderst an die unbestreitbare Thatsache, dass die medicinische Wissenschaft, trotzdem ihr Endziel die Erkenntniss und Behandlung aller Krankheiten ist, doch in ihrer Entwickelung nur durch verschiedene Forschungen herangebildet werden konnte; es müssen daher Forschungen und Arbeiten auf jedem einzelnen Gebiete und in jedem Fache durch besondere hierzu geeignete Kräfte durchgeführt werden, damit ein fester, echt wissenschaftlicher Zusammenhang in der Medicin entstehe. Nun setzt Verfasser die Beziehungen auseinander, in welchen die Ohrenheilkunde zu den anderen Zweigen der Medicin steht, führt einen kurzen Abriss der Entwickelungsgeschichte der Otiatrik an, um dann die dringende Nothwendigkeit otiatrischen Wissens zur Feststellung einer genauen Diagnose bei Krankheiten des Nervensystems, des Gehirns, bei metastatischen Processen, bei Typhus, Scharlach, Diphtheritis etc., ebenso im Wirkungskreise forensischer und militär-ärztlicher Thätigkeit zu erörtern und verleiht unter Anderem der Ansicht Ausdruck, dass mit der Verallgemeinerung der Ohrenheilkunde die Zahl der Taubstummen ebenso abnehmen dürfte, wie seit der Vaccination die Zahl der durch Blattern Erblindeten sich vermindert hat. Schliesslich beleuchtet Verfasser die Unumgänglichkeit allgemeinen medicinischen Wissens bei Behandlung der Erkrankungen des Gehörorgans, und da die Ohrenheilkunde mit der Gesammtwissenschaft der Medicin in engem Zusammenhange steht, glaubt er, dass der systematische und obligatorische Unterricht derselben dringend geboten erscheine. Szenes.

---

b) Rhinologische:

Anatomie, Physiologie und Pathologie des Nervus olfactorius. (Etude sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du nerf olfactif.) Von Dr. Dana. (New-York medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Genaue Beschreibung der anatomischen und physiologischen Verhältnisse des Nervus olfactorius; letzterer kann primär (Tabes dorsales, Greisenalter, seltener Entzündung, Hysterie) oder secundär durch Trauma, Tumoren, Entzündungen, Syphilis erkrankt sein. Dr. P. K.

Ueber cystopneumatische Entartung der mittleren Nasenmuschel. Von Dr. Hugo Zwillinger, Budapest. (Gyógyàszat No. 17, 1891. — Wiener klin. Wochenschrift No. 19, 1891.)

Zwillinger erwähnt als zwar seltene, doch bis nun zu wenig gewürdigte Ursache der Insufficienz der Nasenathmung die blasige Auftreibung der mittleren Nasenmuschel, welch' letztere, in eine lufthaltige Knochenblase verwandelt sich zu einer Siebbeinzelle emporschwingt, und ist dann entweder das vordere Muschelende in toto in eine halbkugelige Blase umgewandelt, deren Hohlraum durch ein Septum getheilt mit dem

mittleren Nasengange communicirt, oder es ist blos eine umschriebene Stelle der Muschel ausgeweitet. In einem Falle sah Verfasser bei der Rhinoscopia anterior in der Tiefe einen halbkugeligen Tumor, welcher den mittleren Nasengang aufhob und die Riechspalte verlegte, und erwies sich derselbe bei Sondenuntersuchung von knochenharter Consistenz; es fehlten trotz der Grösse der Blase der nasale Timbre der Sprache, wie auch Symptome, welche auf eine Affection des Antrum Highmori hingedeutet hätten. — Vom differential-diagnostischen Standpunkte aus will Zwillinger darauf aufmerksam machen, diese lufthaltigen Knochenblasen mit der sogenannten Mucocele des Siebbeines nicht zu verwechseln, bei welch' letzterer es sich um Retention des Secretes im Siebbeinlabyrinthe oder um eine Schleimcystenbildung zu handeln pflegt; ausser der Punction könnte man hier die Durchleuchtung zur Sicherstellung der Diagnose versuchen. Auch könnte eine blasige Auftreibung mit einem Osteom der Nasenhöhle verwechselt werden.

Zur Operation empfiehlt Verfasser die galvanocaustische Schlinge; kann man zwischen Blase und Septum nicht durchkommen, dann ist es zweckmässig, mit dem Spitzbrenner eine Oeffnung in die Wandung der Blase zu machen und dieselbe mit einer starken Scheere abzutragen; (die Zange hält Zwillinger deshalb für unzweckmässig, weil bei der dünnen Beschaffenheit des Knochens mehr zerstört werden kann, als intendirt ist).

Dass diese Knochenblasen bei Kindern bis jetzt noch nicht beobachtet wurden, will Zwillinger nur äusseren Ursachen zuschreiben, da doch die Befunde bei Erwachsenen auch nur spärlich in der Literatur verzeichnet sind. Szenes.

Einfache Methode, das oft wiederkehrende Nasenbluten zu bekämpfen. (Note sur un moyen très simple d'amener la disparition définitive de certaines épistaxis à répétition.) Von Dr. Ruault. (Archives de laryngologie, December 1889.)

Oft befindet sich am vorderen unteren Ende der Nasenscheidewand eine traumatische Erosion, welche wegen der fortwährenden Bewegung dieser Theile und der sie bedeckenden Krusten schwer heilt; daher stammen die sich oft wiederholenden Blutungen. Wenn Pat. während 2—3 Wochen drei Mal täglich Vaseline durch das betreffende Nasenloch einziehen, so sind sie schnell geheilt. Dr. P. K.

Spirometrische Untersuchungen bei Nasenleiden. (Recherches spirométriques dans les rhinopathies.) Von Dr. Joal. (Revue de laryngologie No. 8 und 9.)

Verf. giebt die Geschichte des Spirometers von Hutchinson (1846) bis auf unsere Tage und betont dessen geringe practische Wichtigkeit für die Klinik. Er giebt dann ein eigenes, von ihm construirtes Spirometer an. In einem zweiten Kapitel giebt Verf. neun Krankengeschichten von Nasenkranken, wo nach der Beseitigung der Rhinopathie das Spirometer eine Zunahme der Lungencapacität nachwies, ohne dass die Pat. sich vorher über Athemnoth beklagten. Abgesehen von dieser auf mechanischem Wege hervorgerufenen und wenig bemerkbaren Dyspnoe kommt sehr oft die durch die Reflexe hervorgerufene und krampfhaft auftretende

asthmatische Dyspnoe zu Stande. In einem dritten Kapitel sucht Verf. practische Schlüsse aus dem Princip der verminderten Athmung bei Nasalleiden zu ziehen; obschon nicht bemerkbar für die betreffenden Patienten, so ist deren Stimme doch besonders beeinträchtigt, namentlich wenn der Beruf feine Nuancen der Töne erfordert; Reflexe der Stimmbänder, von Nasalleiden ausgehend, spielen auch hierbei eine Rolle. Verf. sucht dies an vier Beispielen, bekannte Künstler betreffend, auf eine recht interessante Weise nachzuweisen; letztere Krankengeschichten sind im Original nachzulesen. Die ganze Arbeit ist dazu angethan, weitere Versuche und practische Schlüsse der so häufigen Nasenleiden in Betreff der Athmung anzustellen. Dr. P. K.

Ueber Tuberculose der Nasenschleimhaut. Von Dr. Hahn. (D. med. Wochenschr. No. 23, 1890.)

Nach einer Uebersicht über die bis jetzt als Tuberculose der Nasenschleimhaut veröffentlichten 30 Fälle werden 6 Fälle dieser Erkrankung, welche in der Bonner Univ.-Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis beobachtet wurden, ausführlich beschrieben. Die Erkrankung ging vom Septum aus: 2mal waren einfache Tumoren, 1mal deren mehrere „polypenähnliche", 3mal Granulationswucherungen vorhanden. Die Therapie bestand in Anwendung des scharfen Löffels, Cauterisation mit dem Paquelin nur zur Zerstörung der Reste, Auflegen von 10 proctgr. Pyrogallussalbe. Vorläufige Heilung erfolgte in allen Fällen. Heinze.

Nasopharyngealpolyp, prophylactische Tracheotomie. (Polype nasopharyngieu; trachéotomie préalable.) Von Dr. Chénieux. (Association française pour l'avancement les sciences. Session de Limoges.)

Ein 17jähriger Mann zeigte einen die Radicaloperation indicirenden Pharynxpolypen. Prophylactische Tracheotomie; gefährliche Ohnmacht, welche 10 Minuten dauerte. Nach fünf Tagen Resection des Oberkiefers unter Chloroformnarcose, Entfernung der Neubildung mittelst Thermocauter und Raspatorium. Dr. P. K.

Ueber Diagnose und Behandlung der bösartigen Geschwülste der Nasenhöhlen. (Etude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales.) Von Dr. Plicques. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Verf. theilt diese Tumoren auf künstliche Art in vier Gruppen: 1) die gestielten Tumoren, bei Weitem die zum Operiren die günstigsten, 2) die, deren Basis noch genau abgegrenzt ist, 3) die diffusen Tumoren, welche in die Tiefe oder auch blos in die Oberfläche sich ausdehnen, 4) die unbegrenzten, gar nicht mehr zu operirenden Fälle. Verf. giebt die verschiedenen Operationsmethoden, sowie sie von den Chirurgen angewandt werden, ohne etwas Neues dabei zu liefern.

Dr. P. K.

Gummata der Nasenhöhlen. (Chirurgie des tumeurs gommeuses des cavités nasales.) Von Dr. Hobbs. (New-Orleans med. and surg. Journ. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) In den meisten Fällen ist der chirurgische Eingriff nicht nur erlaubt, sondern geboten. 2) Die Furcht, nicht heilende Wunden zu setzen, ist illusorisch. 3) Die specifische Allgemeinbehandlung ist zu langwierig, besonders wenn unangenehme Reflexsymptome bestehen. 4) Blutverlust ist unbedeutend und unschädlich; Cocain macht die Operation schmerzlos. Dr. P. K.

Nasenstein und Nasenzähne. (Un cas de rhinolithe et deux cas de dents nasales.) Von Dr. Wright. (Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Gewöhnliche Nasensteine sind keine Seltenheit (1 Fall). — In dem zweiten Fall war vor 4 Jahren ein Schneidezahn beim Ausziehen abgebrochen worden, die Wurzel wurde durch das Nasenloch ausgezogen. In einem dritten Fall befand sich der Schneidezahn wegen abnormer extraalveolärer Bildung in der Choane — im Munde fehlte der betreffende Schneidezahn —, die Extraction durch die Nase war schwierig. Dr. P. K.

Diagnose und Therapie der Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase. Von Prof. Schech. (D. med. Wochenschr. No. 6, 1891.)

Ueber Diagnose und Behandlung der Krankheiten der accessorischen Höhlen der Nase. Von P. Mc. Bride. (Ibidem.)

2 Vorträge, gehalten in der Section für Laryngologie des X. internat. med. Congresses (vide die Verhandlungen derselben).

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ein neuer Mund- und Kehlkopfspiegel. Von Dr. Hartmann. (D. med. Wochenschr. No. 46, 1890.)

Da die gebräuchlichen Kehlkopfspiegel nicht ausreichend sich desinficiren lassen, liess H. Spiegel anfertigen, deren Hülse leicht geöffnet und geschlossen werden kann, wodurch ermöglicht wird, das Spiegelglas herauszunehmen, wieder einzusetzen oder durch ein neues zu ergänzen, und Hülse wie Glas jedes für sich zu desinficiren. (Gebr. Gesell, Berlin N., Oranienburgerstr. 97, fertigen solche Spiegel.) Heinze.

Die photographische Aufnahme des Kehlkopfs und der Mundhöhle. Von Dr. Wagner. (Berl. klin. Wochenschr. No. 50, 51, 1890.)

Ausführliche Beschreibung des von W. construirten Apparats und der Art seiner Anwendung, worüber das Original nachgelesen werden muss. Heinze.

Primäre Tuberculose des Mundes. (Un cas de tuberculose primitive de la bouche.) Von Dr. Gleitsmann. (New-York Acad. of Medic. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Heilung des Patienten. Lungen und Ganglien waren von Anfang an intact. An der Zungenwurzel, dann an dem Ligamentum arytäno-

epiglotticum, dann an der Epiglottis selbst und an der Uvula specifisch tuberculöse Geschwüre, welche durch Auskratzen und Milchsäure definitiv heilten. Dr. P. K.

Eine seltene Form von Neurose der Zunge und des Mundes. (Une névrose peu connue de la langue et de la cavité buccale.) Von Dr. Bernhardt. (Neurolog. Centralbl. No. 13 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10.)

Drei Frauen und ein Mann zeigten unangenehmes Prickeln und Brennen im Munde und an der Zunge; es trat mit Intervallen auf, manchmal dauerte es lange an, störte den Schlaf und die Sprache. Anatomisch war nichts nachzuweisen; ätiologisch auch nicht. Alle glaubten ein Carcinom zu haben. Verf. erwähnt die hierher bezüglichen Schriften von Fournier, Labbé, Magitot, Lefferts, Hadden und Albert. Galvanische, sowie faradische Reizung der Zunge, besonders aber die moralische Ueberzeugung nützten am meisten. Verf. unterscheidet diese Nervenaffection von derjenigen, welche in einem fortwährenden Gefühl von Trockenheit besteht und gewöhnlich mit Erfolg durch Pilocarpin bekämpft wird. Dr. P. K.

Drüsentumor der Zunge. (Tumeur glandulaire de la langue.) Von Dr. Butlin. (Clinical Society de Londres und Ann. des maladies de l'oreille et du larynx.)

Zwei Frauen zeigten auf dem Zungenrücken, nahe der Mittellinie, und der Epiglottis eine hühnereigrosse Geschwulst, welche theilweise exstirpirt wurde. Obgleich die Operation nicht vollständig ausgeführt worden war, so kam doch kein Recidiv. Verf. glaubt, dass diese Tumoren foetalen Ursprungs waren; sie glichen nicht dem gewöhnlichen Drüsen-, sondern dem Thyroidalgewebe. Dr. P. K.

Rachenkrebs. Pharyngotomia subhyoidea. Tod nach 9 Monaten ohne Recidiv. Von Dr. Laquer. (Berl. klin. Wochenschr. No. 43, 1890.)

Ausführliche Beschreibung des Falles und der Operation „der 28. der sogenannten classischen Pharyngotomia subhyoidea". Der Kranke starb an Phthisis pulm. Heinze.

Ueber eitrige Entzündung des die Mandeln umgebenden Bindegewebes. (Phlegmon périamygdalien.) Von Dr. Lemaistre. (Association pour l'avancement du sciences. Session de Limoges.)

Das die Mandel umgebende Bindegewebe ist viel ausgedehnter an der äusseren oberen Seite, und hier bilden sich auch die Abscesse. Der Eiter sammelt sich an der äusseren oberen Seite der Mandel an, drückt selbe nach unten und innen, indem sie bedeutend geschwollen erscheint; demgemäss ist besonders der vordere Gaumenbogen oedematös angeschwollen. Die Abscesse öffnen sich, indem sie sich einen Weg bahnen entweder zwischen Mandel und Bögen, oder nach hinten und unten, oder durch den vorderen Gaumenbogen durch; dieser spontane Ausgang ist sehr schmerzhaft und manchmal gefährlich. Man soll so früh als möglich einschneiden. Sobald Eiter da ist, fühlt der eingeführte Finger am schiefen Theile des vorderen Gaumenbogens, $^1/_2$ Ctm. von seinem inneren

Rande entfernt, ein Auseinanderweichen der Muskeltheile des Musculus palatoglossus. Dieses Auseinanderweichen ist nicht sichtbar, wohl aber mit der Fingerpulpa zu fühlen; der Finger fühlt wie ein Knopfloch; der Druck an diesem Punkte ist übrigens sehr schmerzhaft; an diesem Punkte soll man einschneiden, da man so am besten auf den im oberen Theile der Mandelhülse angesammelten Eiter stösst; das Messer muss ziemlich tief eindringen. Dr. P. K.

Gefährliche Blutung nach der Amygdalotomie. (Hémorrhagie alarmante consécutive à l'amygdalotomie.) Von Dr. Fuller. (American Journal of med. scienc. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Ein 25jähriger starker Mann bekam 5 Stunden nach der Operation heftiges Blutbrechen, ohne dass eine Blutung nach der Operation sichtbar war. Styptica und selbst die Ligatur der Carotis communis halfen nicht; die Blutung dauerte die ganze Nacht durch. Hypodermatische Injectionen von Branntwein unterhielten das Leben. Man injicirte zwölf Unzen Kochsalzlösung in die Venen; die Blutung hörte auf, der Puls kehrte zurück und die Heilung trat ein. Dr. P. K.

Primäres Mandelcarcinom. Pharyngectomia externa. Heilung. (Carcinome primitif de l'amygdale. Pharyngectomie externe. Guérison.) Von Dr. Fowler. (Brooklyn Med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

67jährige Frau mit haselnussgrossem Tumor an der linken Mandel; Hypertrophie der Sternomastoidalganglien; Schmerz beim Schlingen. Schnitt senkrecht auf den Tumor, Unterbindung der Arteriae lingualis und Facialis, Durchschneiden der Jugularis externa und des Musculus stylohyoideus, Zurückdrängen der Mandel nach aussen, Umschreibung des so gebildeten Tumors mittelst des Thermocauters durch den Hypoglossus, den Constrictor superior und die Mucosa, Extraction der Mandel ohne Blutung. Dr. P. K.

Lufthaltiger Halstumor. (Tumeur gazeuse du cou.) Von Dr. Lemaistre. (Association française pour l'avancement des sciences. Session de Limoges 1890.)

Ein neugeborenes Kind bekam Tussis convulsiva; einen Monat später entstand in Folge der heftigen Anstrengungen in der Fossa supraclavicularis sinistra eine lufthaltige, runde, weiche, nicht schmerzhafte, beim Exspirium wachsende, beim Inspirium abnehmende, beim Husten prall werdende, nicht ganz reducirbare Geschwulst; nach drei Monaten war selbe bis zu Gänseeigrösse angewachsen. Die Diagnose auf Tracheocele mit sich langsam bildender Bindegewebskapsel. Nach einem zufälligen Trauma entzündete sich die Tasche; die Eiterung, welche befürchtet wurde, trat nicht ein, der Tumor selbst nahm an Grösse ab. Wenn die fortgesetzte Compression nicht hilft, so will Verf. die Radicalcur, ähnlich der Radicalcur der Unterleibsbrüche, versuchen; Lüke und Madelung haben selbe mit Erfolg ausgeführt. Dr. P. K.

Stimmbandgeschwüre während Influenza. (Ulcerations des cordes vocales dans le cours de la grippe.) Von Dr. Le Noir. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Bei 130 Influenzakranken fand Verf. 4 Mal die betreffenden, oberflächlichen, auf den Stimmbändern selbst auflagernden Geschwüre; sie befanden sich am vorderen Drittel der Stimmbänder, waren symmetrisch, heilten ohne locale Behandlung. Verf. ist geneigt, infectiöse, nicht einfach catarrhalische Geschwüre in diesen vier Fällen anzunehmen. Folgt die genaue Beschreibung der vier Fälle. Dr. P. K.

Laryngologische Mittheilungen. Von Dr. Landgraf. (Berl. klin. Wochenschrift No. 1, 1891.)

L. berichtet ausführlich über: a) einen von ihm als Pemphigus angesehenen Fall von chronischer diffuser Erkrankung der Schleimhäute der Nase, der Conjunctiven, des Rachens, Kehlkopfes, der Trachea und des Mundes bei einem 48jährigen Manne, welcher, in den obersten Schichten mit fleckweiser Abstossung des Epithels beginnend, allmählig zu tieferen Veränderungen der Schleimhaut und der unterliegenden Theile führte; b) 3 Fälle von Neubildungen im Larynx; c) 2 Fälle von ohne bekannte Veranlassung entstandener Ankylose des einen Crico-arytaenoidal-Gelenkes, bei welchen mit Hilfe einer Mackenzie'schen, an den schneidenden Flächen mit Zinn ausgegossenen und an den Enden mit Gummi überzogenen Zange mechanisch, aber ohne nennenswerthen Erfolg, versucht wurde, dem betr. Aryknorpel seine Beweglichkeit wiederzugeben. Heinze

---

Larynxcarcinom, theilweise Larynxexstirpation. (Cancer du larynx. Extirpation partielle du larynx.) Von Dr. Socin. (Progrès médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1890.)

Ein 60jähriger Mann hatte carcinomatöse Infiltration des rechten Stimmbandes mit der darunter gelegenen subglottischen Gegend. Tracheotomie, Tamponade der Trachea, Hemisection des Larynx. Heilung nach 2 Monaten, Stimme leidlich, kein Recidiv. Dr. P. K.

Ueber das laryngeale Corticalcentrum und über den intracraniellen Verlauf der von ihm entstammenden Fasern. (Du centre cortical moteur laryngé et du trajet intracérébral des fibres qui en émanent.) Von Dr. J. Garel und Dr. Louis Dor. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 4, 1890.)

Verff., nachdem sie die Arbeiten von Semon und Horsley, von Masini und Krause besprochen, kommen zu folgenden, aus ihren Untersuchungen gefolgerten Endschlüssen: 1) Es besteht in jeder der beiden Gehirnhemisphären ein motorisches Corticalcentrum; 2) dieses Centrum hat seinen Sitz am Fusse der dritten Stirnwindung und der Furche, welche diese Stirnwinduug von der aufsteigenden Stirnwindung trennt; 3) die von diesem Centrum entspringenden Fasern gehen auf die Höhe des äusseren Theiles des Knies der inneren Kapsel, auf diese Weise im Kniefascikel ein motorisches Laryngealfasciculum bildend, unabhängig vom Fascikel der Aphasie und von dem des Hypoglossus; 4) das Laryn-

gealcentrum hat eine kreuzende Wirkung. Seine Zerstörung erzeugt die vollständige Lähmung des Stimmbandes der anderen Seite (Cadaverstellung). Dr. P. K.

Innervation des Musculus cricothyroideus. (Innervation du muscle cricothyroidien.) Von Dr. Ch. Livon. (Association française pour l'avancement des sciences 1890. Session de Limoges.)

Der Ramus externus des Laryngeus superior besorgt nicht allein den Musculus cricothyroideus. Exner hat einen aus dem Plexus pharyngeus kommenden und den Cricothyroideus versorgenden Nervenast als Laryngeus medius beschrieben, Onodi aber behauptet, es bestehe dieser Laryngeus medius nur aus Fasern, welche vom Laryngeus superior kommen. Schneidet man beim Hunde den Nervus laryngeus superior durch, so verändert die Stimme sich Anfangs, wird aber nach einigen Tagen normal und man findet, dass der Musculus cricothyroideus keinerlei Veränderung, weder in seinen Functionen, noch in seiner Ernährung, erlitten hat; er hat also nothwendiger Weise Fasern von einer anderen Bezugsquelle, als vom Nervus laryngeus superior. Das Experiment beweist nun, dass die accessorischen Fasern von einem kleinen Nerven herstammen, welcher aus dem Plexus pharyngeus entstammt, sich nach oben und innen wendet, um sich mit dem Ramus externus motorius des Nervus laryngeus superior an der Stelle zu verbinden, wo dieser Ramus externus ein nach unten convexes Knie bildet behufs Eintritt in den Musculus cricothyroideus. Ein weiterer Beweis für die doppelte Innervation des Musculus cricothyroideus liegt darin, dass die Lähmung, die Atrophie und die fettige Degeneration nur durch die Durchschneidung beider Nerven hervorgebracht werden können. Beide Nerven sind selbstständig, denn nach Durchschneiden des Laryngeus superior bleiben die Functionen des anderen intact. Dr. P. K.

Klinisches über die Innervation und den Muskelmechanismus des Kehlkopfs. Von Dr. Neumann. (Berl. klin. Wochenschr. No. 6, 1891.)

Ein Fall von doppelseitiger Recurrenslähmung, welche intra vitam beide Giesskannenknorpel und Stimmbänder bei In- und Exspiration wie bei Phonationsversuchen vollständig unbeweglich und die Glottis weitklaffend in Cadaverstellung zeigte, kam zur Section. Beide Recurrentes lagen unlösbar eingebettet in carcinomatöse Drüsentumoren und waren in ihren zu den Muskeln verlaufenden Abschnitten in atrophische Bindegewebsstränge verwandelt, während der Nervus laryngeus superior vollständig intact gefunden wurde, ebenso „im Grossen und Ganzen" der von diesem Nerven versorgte Musc. cricothyreoid. ant.; wenigstens wurden in demselben nur in ganz geringer Anzahl fettige Entartung zeigende Fasern nachgewiesen (was N. damit erklärt, dass der Kranke viele Monate hindurch sehr wenig sprach und in letzter Zeit sogar ganz wortlos war). Alle übrigen von Recurrens innervirten Muskeln erschienen schon für das freie Auge atrophisch und ergaben microscopisch fettige Entartung (am vorgeschrittensten in den Erweiterern). N. folgert aus diesem Befunde, im Gegensatz zu den Thierversuchen Exner's, welcher fand, dass auch der Nerv. laryngeus superior an der motorischen Inner-

vation der Kehlkopfsmuskeln, hauptsächlich der Schliesser, theilnimmt, dass solches beim Menschen, entsprechend der bisherigen allgemeinen Annahme, nicht der Fall ist, oder doch wenigstens bei diesem Individuum nicht der Fall war, sowie: dass der, ausschliesslich vom Nerv. laryng. sup. versorgte, Musc. cricothyreoid. ant. durch die Recurrenslähmung in keiner Weise beeinträchtigt wurde, vielmehr Anregung zur Function empfing und diese auszuüben versuchte, wie durch Anlegen des Fingers erkannt werden konnte, ohne dass jedoch irgend eine Bewegung der Stimmbänder während des Lebens zu bemerken war. Der Cricothyreoid. ant. ist daher zur Spannung und Bewegung der Stimmbänder ohne Mithilfe der übrigen Muskeln ausser Stande.

Angefügt ist ein Fall von Schnittverletzung des Nerv. laryngeus sup., welcher beweisen soll, dass derselbe das Stimmband blos spannen könne, d. h. mit motorischen Fasern nur den Cricothyreoid. ant. versehe.

Heinze.

Larynxoedem nach Jodkaliumgebrauch. Von Dr. Rosenberg. (D. med. Wochenschr. No. 37, 1890.)

Mittheilung eines Falles dieser in der Literatur selten beschriebenen Affection. Nach 2 Esslöffeln einer 2½ proctgn. Jodkalilösung trat bei einem an „chronischer Laryngitis" bei gesunden Lungen leidenden 21jähr. Mädchen plötzlich hochgradige Athemnoth, bedingt durch oedematöse Schwellung der subglottischen Schleimhaut, auf, welche sich unter den hinteren Abschnitten der Stimmbänder weit über deren Ränder medianwärts vorgewölbt zeigte, so dass zwischen denselben kaum ein Raum von ½ Ctm. Breite blieb. Unter Anwendung von Eis und Ruhe war das Oedem am 5. Tage wieder verschwunden. Heinze.

Congenitale polypöse Laryngitis. (Laryngite polypeuse congénitale.) Von Dr. C. M. Desvernine-Galdos. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1890.)

Besteht viel häufiger, als allgemein angenommen wird. Ihre Wichtigkeit ist klar; Causit und Burow haben die meisten Fälle zusammengestellt; auffallend ist, dass in einer Zeit, wo das Laryngoscop in der Mode ist, noch so viele Fälle übersehen werden und dass so viele Kinder der schliesslich doch nicht nothwendiger Weise zum Tode führen müssenden Krankheit erliegen. Verf. giebt die Geschichte von 16 früher beschriebenen Krankheitsfällen und fügt eine eigene Beobachtung nebst Abzeichnung hinzu. Dr. P. K.

Laryngoscopische Selbstbehandlung. (Autotraitement laryngoscopique.) Von Dr. Georges Stoker. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1890.)

Ein 30jähriger Kranker ist seit seinem siebenten Jahre aphon. Der wirkungslosen Behandlung müde, lernte er selbst die Laryngoscopie, diagnosticirte nun endlich auf sich selbst die polypoiden Vegetationen auf den Stimmbändern und zerstörte sich dieselben mittelst Chromsäure.

Dr. P. K.

Laryngotomia intercricothyroidea. (Valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngotomie intercricothyroidienne.) Von Dr. Charazac. (Revue de laryngologie No. 7.)

Verfasser, ein Anhänger der Laryngotomie, als der leichteren und schneller ausführbaren Operation, kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Bei allen acuten Larynxleiden, wenn keine Verengerung für die Zukunft zu fürchten ist, soll man die Laryngotomia intercricothyroidea ausführen. 2) Bei narbigen Larynxstricturen soll man die Tracheotomie ausführen, weil die Dilatation in der Folge leichter ist. 3) Beim primären inneren Larynxcarcinom soll man die Tracheotomie ausführen; bei primärem äusseren Larynxcarcinom und noch mehr bei secundärem Larynxcarcinom soll man die Laryngotomie ausführen. 4) Bei Larynxtuberculose soll man, je nach Ausdehnung der Veränderungen, entweder die Laryngotomie oder die Tracheotomie ausführen. Dr. P. K.

Totale Larynxexstirpation wegen Epithelioma. (Un cas d'extirpation totale du larynx pour un épithelioma. Guerison.) Von Dr. Gréville Macdonald und Dr. Charters Symonds. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx.)

41jähriger Mann wurde wegen Epithelioma operirt, nachdem ein endolaryngealer Eingriff fruchtlos geblieben war. Heilung nach vier Wochen. Die Stimme wurde leidlich ohne künstlichen Kehlkopf. Nach vier Monaten noch kein Recidiv. Dr. P. K.

Rolle der Microben bei der Entwickelung und der spontanen Entfernung von drei grossen supraglottischen Polypen. (Role des microbes dans le développement et l'élimination spontanée de trois gros polypes susglottiques.) Von Dr. Boinet. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1890.)

Verf. kommt zu folgenden Endschlüssen: 1) Das spontane Ausfallen der Polypen ist eine seltene Thatsache 2) Das Nichtrecidiviren ist noch seltener. 3) Das microscopische Endresultat ergiebt die beiden seltenen Eigenschaften dieser 3 Fälle von Polypen. 4) Das myxomatöse Gewebe enthielt bis in seine tiefsten Schichten Micrococcen und kurze Stäbchen; diese Zertheilung der Microorganismen schliesst die Idee einer secundären Infiltration aus; diese Microorganismen scheinen eine gewisse Rolle in dem raschen Wachsthum und in der Vermehrung der supraglottischen Polypen zu spielen. 5) Diese Microben haben blos eine locale Einwirkung; obschon sie in den Blutgefässen dieser Neoplasmen enthalten sind, so bringen sie doch keine Allgemeininfection zu Stande; logischer Weise kann man also annehmen, dass diese Microben, welche sich grösstentheils in den Leucocyten befanden, durch die Phagocytose zerstört worden sind.

Diese drei supraglottischen Polypen enthielten also Microben, welche mit entgegengesetzten Eigenschaften behaftet waren: Die einen (Micrococcen und kurze Bacillen) scheinen an das Zustandekommen des myxomatösen Gewebes gebunden zu sein; die anderen (lange Bacillen) stehen der necrotischen Zerstörung vor, welche das Absterben und das spontane Entfernen dieser drei grossen Larynxpolypen zur Folge hatte.

Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.) Von Dr. Capart. (La clinique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1890.)

Ein 11jähriges Kind verschluckte ein Knochenstück; Tracheotomie bald nachher. Extraction gelang erst am 32. Tage; der Knochen war 2 Ctm. lang und hatte gar keine Reactionserscheinungen hervorgerufen.

Dr. P. K.

Larynxcarcinom. Von Dr. Schaeffer. (D. med. Wochenschr. No. 28, 1891.)

Ausführliche Krankheits- und Operationsgeschichte eines durch mehrere Jahre hindurch beobachteten Falles von langsam sich entwickelndem Larynxcarcinom bei einem 50jähr. Manne.

Heinze.

Die im letzten Jahrzehnt zur Inhalation empfohlenen Medicamente. Von Dr. Engel. (D. med. Wochenschr. No. 38 u. 39, 1890.)

Zusammenstellung der gegen Lungenschwindsucht, Diphtherie und Keuchhusten insbesondere empfohlenen Antiseptica nebst Kritik ihrer Wirksamkeit.

Heinze.

INHALT.

I. Originalien: Freudenthal: Die Accumulatoren im Dienste der Medicin. — Hansberg: Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Grünwald zu meinem Aufsatz „Heilung eines grossen „typischen" Nasenrachenpolypen". — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Braun: Die Erfolge der Trepanation bei dem otitischen Hirnabscess. — Brieger: Ueber die Einwirkung des Koch'schen Verfahrens auf Mittelohr-Affectionen. — Loewenberg: Der Einfluss des Geschlechtes auf überwiegendes Erkranken des rechten oder linken Ohres. — Loewenberg: Beitrag zur Behandlung des sclerotischen Mittelohrleidens. — Böke: Das Verhältniss der Ohrenheilkunde zu den anderen Zweigen der medicinischen Wissenschaft. — b) Rhinologische: Dana: Anatomie, Physiologie und Pathologie des Nervus olfactorius. — Zwillinger: Ueber cystopneumatische Entartung der mittleren Nasenmuschel. — Ruault: Einfache Methode, das oft wiederkehrende Nasenbluten zu bekämpfen. — Joal: Spirometrische Untersuchungen bei Nasenleiden. — Hahn: Ueber Tuberculose der Nasenschleimhaut. — Chénieux: Nasopharyngealpolyp, prophylactische Tracheotomie. — Plicques: Ueber Diagnose und Behandlung der bösartigen Geschwülste der Nasenhöhlen. — Hobbs: Gummata der Nasenhöhlen. — Wright: Nasenstein und Nasenzähne. — Schech: Diagnose und Therapie der Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase. — Bride: Diagnose und Behandlung der Krankheiten der accessorischen Höhlen der Nase. — c) Pharyngo-laryngologische: Hartmann: Ein neuer Mund- und Kehlkopfspiegel. — Wagner: Die photographische Aufnahme des Kehlkopfs und der Mundhöhle. — Gleitsmann: Primäre Tuberculose des Mundes. — Bernhardt: Eine seltene Form von Neurose der Zunge und des Mundes. — Butlin: Drüsentumor der Zunge. — Laquer: Rachenkrebs. Pharyngotomia subhyoidea. — Lemaistre: Ueber eitrige Entzündung des die Mandeln umgebenden Bindegewebes. — Fuller: Gefährliche Blutung nach der Amygdalotomie. — Fowler: Primäres Mandelcarcinom. — Lemaistre: Lufthaltiger Halstumor. — Le Noir: Stimmbandgeschwüre während Influenza. — Landgraf: Laryngologische Mittheilungen. — Socin: Larynxcarcinom, theilweise Larynxexstirpation. — Garel und Dor: Ueber das laryngeale Corticalcentrum und über den intracraniellen Verlauf der von ihm entstammenden Fasern. — Livon: Innervation des Musculus cricothyroideus. — Neumann: Klinisches über die Innervation und den Muskelmechanismus des Kehlkopfs. — Rosenberg: Larynxoedem nach Jodkaliumgebrauch. — Desvernine-Galdos: Congenitale polypöse Laryngitis. — Stoker: Laryngoscopische Selbstbehandlung. — Charazac: Laryngotomia intercricothyroidea. — Macdonald und Symonds: Totale Larynxexstirpation wegen Epithelioma. — Boinet: Rolle der Microben bei der Entwickelung nnd der spontanen Entfernung von drei grossen supraglottischen Polypen. — Capart: Fremdkörper im Larynx. — Schaeffer: Larynxcarcinom. — Engel: Die im letzten Jahrzehnt zur Inhalation empfohlenen Medicamente.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. D. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, September 1891.** **No. 9.**

I. Originalien.

Ueber Resection des Septum narium.

Von

Dr. med. **Cholewa,** Ohrenarzt in Berlin.

Bei der Durchsicht der Literatur über die Difformitäten des Septum ist mir aufgefallen, dass eine sachgemässe Eintheilung und Nomenclatur dieser Materie sich unter den Fachgenossen bis jetzt nicht eingebürgert hat. Es mag dies daher rühren, dass die einzelnen Formen sich selten rein dem Auge des Beschauers darbieten, meist combinirt vorkommen und durch ihren Gesammteindruck nicht geeignet erscheinen, enge ätiologische Beziehungen unter sich zuzulassen. Sehen wir uns die einzelnen Difformitäten näher an, so werden wir unschwer drei Hauptcategorien unterscheiden können:

a. die Spinen, welche nach hinten oder vorn verlängert Cristen bilden. Sie finden sich an den Stellen, wo Knorpel als Kittmasse zwischen zwei Knochen oder zwischen Knorpel und Knochen des Septum gesetzt ist. Wir finden sie also vorzugsweise an der Vereinigungsstelle des Vomer und der Lamina perpendicularis des Siebbeins, aber auch an dem Falz, welchen die vereinigten Cristen des Oberkiefers für die Pars cartilaginea septi liefern. Diese Spinen und Cristen sind, wie Zuckerkandl gezeigt hat, als cchte Ecchondrosen aufzufassen und persistiren als solche auch dann, wenn ihr Aeusseres mit dünnen Deckknochen belegt, grössere

Dimensionen angenommen hat. Wir werden sie am besten daher mit dem Namen der dorn- und kammförmigen Ecchondrosen bezeichnen.

Als zweite Hauptcategorie b. fallen uns die S-förmigen Krümmungen, die Scoliosen des Septum auf, welche ihre Entstehung, wie Schauss hervorhebt, Wachsthumsanomalien der Schädel- und Gesichtsknochen zu verdanken scheinen, Anomalien, wie sie nach vorzeitigen Synostosen angrenzender Schädelknochen häufig zur Beobachtung kommen.

Als dritte Hauptcategorie c. sind endlich die Knickungen des Septum zu nennen. Sie betreffen, wie bekannt, hauptsächlich den cartilaginösen Theil des Septum und müssen, da sie gewöhnlich direct traumatischen Ursprungs sind, als Luxationen oder besser Infractionen bezeichnet werden.

Mit diesen drei Hauptcategorien, den Ecchondrosen, Scoliosen und Infractionen, glaube ich allen Anforderungen, welche Aetiologie und Aussehen der Difformitäten des Septum an die Nomenclatur zu stellen berechtigt sind, Genüge geleistet zu haben. Nöthig ist nur, hierbei sich immer zu erinnern, dass 2 oder alle 3 Hauptformen in jedem einzelnen Falle combinirt vorkommen können, obwohl das ätiologische Moment in jedem Falle für jede einzelne der Formen ein verschiedenartiges (Trauma?) sein kann. Ich würde auf diese Eintheilung und das combinirte Auftreten der Difformitäten nicht solches Gewicht legen, wenn nicht gerade bei der Therapie der in dieser Arbeit in Frage kommenden Affection, ich meine die Infraction der Pars cartilaginea septi, die Combination mit kammartigen Ecchondrosen der hinterwärts gelegenen Knochenpartie von grosser, practischer Wichtigkeit wäre. In der grössten Mehrzahl der Fälle gestaltet sich die Difformität des Septum derartig, dass der cartilaginöse Theil weit in das Lumen der verengten Nasenseite vorspringt, sich so weit gerade nach hinten erstreckt, bis da, wo sich das cartilaginöse Septum an die Synostose der Lamina perpendicularis und des Vomer anlehnt. Hier entsteht eine zweite Knickung auf die Kante der ersten dadurch, dass die an die Infraction der knorpeligen Scheidewand sich anschliessende Crista, gemäss dem Verlauf der oben erwähnten Synostose, sich von unten vorn steil nach oben und hinten fortsetzt. Dieser Knickungsecke des Knorpel-Knochenwalles, d. h. also der Gesammtdeviation des Septum, ist der mittlere, meist nach aussen umgerollte und dadurch vorspringende Theil der mittleren Muschel gegenüber gelegen und schliesst dadurch häufig das Lumen des mittleren Nasenganges vollständig ab. Die Autoren haben diese Verengerung insofern gekennzeichnet, als sie dieselbe „Höhe der Difformität" benannten, über welche hinaus zu gehen, bei der Operation solcher Difformitäten, schwer, ja unmöglich wäre.

Gemäss letzterer Anschauung sehen wir auch, dass alle Methoden, von der Rupprecht'schen Zange angefangen bis zu den scheinbar höchst entwickelten anderer Autoren, sich damit begnügen, ein Stück des knorpeligen Septum zu entfernen, ohne von der dahinter liegenden Difformität des Knochens Notiz zu nehmen. Die Folge davon ist, dass jene Verengerung bleibt und bei etwas verschleppter Nachbehandlung Verwachsungen der mittleren Muschel mit dem immer noch vorspringenden Septum nicht zu den Seltenheiten gehören.

Der Erste, der diesem Verhalten näher getreten ist und dasselbe bei der von ihm empfohlenen Resectionsmethode des Septum berücksichtigt

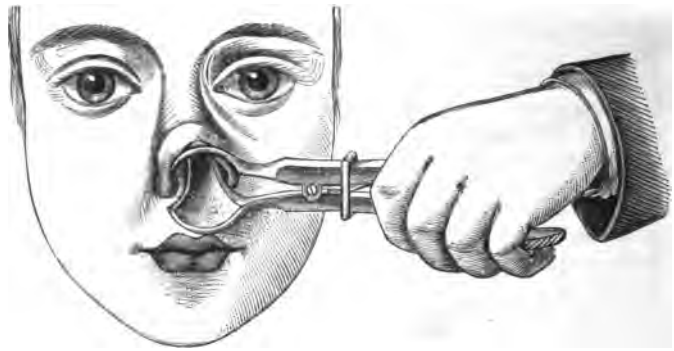
hat, war Dr. Krieg (Stuttgart) im Jahre 1886. Er empfahl in einer Arbeit (enthalten in Band LVI, 1886, No. 26 und 27 des Medicinischen Correspondenzblattes des württemberg. ärztl. Vereins), die merkwürdiger Weise in keinem der jetzt üblichen Lehrbücher erwähnt, von den meisten Autoren auf diesem Gebiet persönlich kaum gelesen zu sein scheint, er empfahl das Involucrum des eingezogenen Theiles des Septum mit Elevatorien abzuhebeln, nicht allein, um eine Perforation des Septum hierdurch zu vermeiden, sondern auch die Resection selbst ausgiebiger zu machen. Ob ihm letzteres durch die von ihm angegebene Methode vollständig gelingt, wage ich nicht zu entscheiden, glaube aber, dass dieses wohl möglich ist, wenn man seine Methode etwas modificirt.

Ohne übrigens von jener Arbeit Krieg's irgend welche Kenntniss gehabt zu haben, war von mir seit Jahr und Tag in meiner Poliklinik eine Methode angewandt worden, die mit der von Krieg empfohlenen sich deckt, bei der ich aber statt des Messers Meissel und Hammer anwandte. Den Gebrauch jenes Meissels erlaubte ich mir in der Sitzung der hiesigen laryngologischen Gesellschaft am 24. April 1891 den Collegen zu demonstriren, und dort war es, wo mich der auf diesem Gebiete so ausserordentlich erfahrene College Dr. P. Heymann aufmerksam machte, dass Krieg schon im Jahre 1886 eine ähnliche Methode veröffentlicht habe Durch die Güte desselben Herrn Collegen, dem ich hierfür zu bleibendem Danke verpflichtet bin, ist es mir ermöglicht worden, Einsicht in die Arbeiten Krieg's zu nehmen.

Ich glaube nun, ohne mich eines Plagiats schuldig zu machen, den Interessen der mit der Chirurgie der Nase sich beschäftigenden Collegen zu dienen, wenn ich meine Methode hier schildere und die hierfür verwandten Instrumente in Abbildungen vorführe.

Als Operationsobject soll ein Fall dienen, wo der cartilaginöse Theil des Septum derartig nach links fracturirt resp. luxirt ist, dass der untere Abschnitt dieses Septumtheils rechtwinklig von der Crista des Oberkiefers abspringt und parallel mit dem Nasenboden verläuft, ja ihn fast berührt. Die Kante der Knickung streift die laterale Nasenwand so, dass von der unteren Grenze der unteren Muschel so gut wie nichts zu sehen ist, dieselbe verbirgt sich vollständig unter dem vorspringenden Septum. Der obere Theil der Pars cartilaginea geht sanft aufsteigend von dieser Kante bis zum knöchernen Theil der Nasenscheidewand, dem Vereinigungspunkt von Vomer und Lamina perpendicularis. Dort findet sich eine zweite Knickung, veranlasst durch die oben erwähnte Crista des knöchernen Septumtheils, welche sich indess nicht bis zu den Choanen erstreckt, sondern nur die Hälfte dieses Raumes einnimmt. Die Raumverhältnisse der verengten Nasenhälfte sind nun derartige, dass weder Catheter noch Nasensonde durch den unteren oder mittleren Nasengang eingeführt werden können, obwohl die Durchgängigkeit für Luft weniger behindert erscheint. Das Involucrum der weiten Nasenhälfte ist nicht extrem in die Knickung des Septum einbezogen, haftet aber nichtsdestoweniger, wie sich bei der nachfolgenden Operation herausstellt, so fest an seiner Unterlage, dass ohne weitgehende Zerstörung dieses Integumentes von einer genügenden Entfernung des deviirten Theiles des Septum kaum die Rede ist. Nach Desinfection und gehöriger Cocainisirung des Operationsfeldes führe ich meinen Nasenspiegel (siehe Figur I) so in die Nase ein,

dass seine Branchen nach oben und unten zu liegen kommen, und stelle dieselben vermittelst des Sperrrahmen fest. Ein Gehilfe steht hinter dem Pat.



Figur I.

und hält mit einer Hand die Griffe des Speculum seitlich fest, während er mit der anderen den Kopf des Patienten fixirt. Der Operateur hat auf diese Weise beide Hände für die Operation frei und kann, die Benutzung des Stirnreflectors vorausgesetzt, das ganze Operationsfeld genügend übersehen. Es wird nun per Galvanocauter ein Strich scharf von der „Höhe" der Verbiegung parallel mit dem Nasenrücken nach vorn und unten gezogen, hier, 1 Ctm. von dem Septum mobile wendet sich die Fortsetzung des Strichs stumpfwinklig zur Basis des Lappens. Krieg ist insofern ähnlich verfahren, als er den letzten Strich per Galvanocauter zu machen empfahl, um jene Blutungen, welche wir oft spontan von den am Septum cartilagineum emporklimmenden Arterien-Zweigen entstehen sehen, bei der Operation zu vermeiden. Jetzt wird der Meissel (Hohl- oder Flach-Meissel) halb nach rechts mit seiner Schneide gewendet, im Griff befestigt und vorn, von der Ecke der Galvanocauterfurche die obere Knorpellamelle des deviirten Septum bis zur „Höhe" desselben mit $^1/_3$ Meisselbreite eingeritzt. Es geschieht dies durch einige Schläge vermittelst eines kleinen Hammers auf das hintere Ende des Meissels, der, ähnlich unsern Steinbohrern, an diesem Ende eine Verdickung trägt, welche ihn am Vorrutschen durch die Oese des Griffes hindert. Die seitliche Stellung des Meissels im Griff ist durch eine Schraube gesichert, die sich unterhalb des vorderen Endes der Oese befindet und mit deren Hilfe der Meissel in jeder beliebigen Stellung sowohl für die rechte wie die linke Seite der Nase festgehalten werden kann. Der Griff selbst führt auf der linken Seite seiner Oese einen Schlitz, durch den die betreffenden Instrumente, nach vorheriger Desinfection, eingeschoben und in jede gewünschte Stellung gebracht werden können (siehe Figur II).

Dieses Arbeiten mit dem Hammer sichert eine ausserordentliche Genauigkeit der Führung des Meissels und können wir auf diese Weise nicht nur die Höhe der Deviation erreichen, sondern dieselbe über schreiten, was bei dem Gebrauch eines Messers kaum möglich ist. Zur Durchtrennung der Knorpellamelle, welche dem vorderen zur Basis füh-

Figur II.

renden Theile der Galvanocauterfurche entspricht, bediene ich mich allerdings aus Bequemlichkeitsrücksichten lieber des Messers. Ohne sich nun um die umschnittene Schleimhaut weiter zu kümmern, wird vorn in die Ecke des Knorpelschnittes das Elevatorium, welches ebenfalls in der Oese des Meisselgriffes befestigt wird, eingesetzt und die Knorpelplatte langsam von dem Involucrum der weiten Nasenhälfte bis zum Vomer und darüber hinaus abgehebelt. Es muss dies sehr vorsichtig unter Controlle eines zweiten Nasenspeculums oder, wie Krieg räth, durch einen in dies zweite Nasenloch eingeführten Finger der linken Hand geschehen. Die auf diese Weise fast senkrecht gestellte Platte des Septum wird nun durch ein paar Meisselschläge von ihrer Verbindung hinten mit dem Vomer vollends gelöst, wobei zugleich die sich hinterwärts anschliessende Crista dieses Knochens mit abgeschlagen wird. Es bleibt nun nur noch übrig, den Theil der Deviation zu entfernen, welcher mehr oder weniger rechtwinklig von der Crista des Oberkiefers abspringt. Auch hierzu brauche ich den Meissel, indem ich die Schneide desselben entweder horizontal oder vertical einstelle. Im ersteren Falle trenne ich direct den Knorpel von seinem knöchernen Falz, im zweiten durchschlage ich den Knorpel allein, in beiden Fällen führe ich diesen unteren Schnitt bis zur Vereinigung mit dem oberen, im knöchernen Theil des Septum gelegenen, durch. Hierauf ist es in den meisten Fällen nicht schwer, das betreffende losgelöste Stück des Septum, d. h. die ganze Deviation, mit einer Kornzange zu entfernen, und werden etwaige restirende Knochenvorsprünge, z. B. vorn am Falz des Oberkiefers oder hinten am Vomer, am besten erst nach einigen Tagen durch eine kleine Nachoperation entfernt.

Der Unterschied zwischen meiner Operationsmethode und der von Krieg vorgeschlagenen besteht also darin, dass ich nicht allein die Deviation der Knorpelplatte, sondern auch die Deviation der daran schliessenden Knochenlamelle zu beseitigen suche und mich zu diesem Zweck eines Meissels und Hammers bediene. Wenn ich oben bemerkte, dass Krieg die Abhebelung des Involucrums der weiten Seite besonders deshalb empfahl um einer Perforation des Septum nach dieser Seite hin vorzubeugen, so würde dieses nicht allein der Correctheit rhinochirurgischen Operirens entsprechen, sondern auch von hervorragender practischer Bedeutung sein. Es wird in manchen Fällen nämlich, wie dies auch Krieg zugiebt, trotz aller Sorgfalt eine Perforation geschaffen und wenn man nach beendeter Operation einige Jodoformbäusche eingelegt, um die etwa noch vorhandene Blutung zu stillen und dann den Patienten so verbunden zu entlassen, wundert man sich, dass jene nicht sistirt.

Man greift zur Watte und tamponirt; aber zwischen den vorderen Enden der Tampons sickert das Blut stetig tropfenweise weiter hervor. Der Operirte wird durch Cocainwirkung und Blutverlust zu Ohnmachten und Collaps geneigt, so dass die Situation schliesslich recht unerquicklich werden kann.

Woher kommt es, dass in solchen Fällen die Blutung so schwer steht? Woher kommt es, dass in solchen Fällen auch die postique Tamponade mit dem Belloque'schen Röhrchen nicht viel Nutzen schafft?

Vergegenwärtigen wir uns die Situation, so ist das, was die Tampons seitlich am Septum stützt und ihnen den gewünschten Halt giebt, entfernt. Gerade an der Stelle, wo die aufsteigenden Arterienäste das Septum cartilagineum kreuzen, ist eine Lücke, und nicht blos auf einer Seite des Septum, sondern auf beiden. Wir werden also durch unsere Tamponade nur erzielen, dass die Tampons sich in der Lücke des Septums berühren, aber die durch sie bezweckte Pression ist nicht genug, um die Blutung endgiltig zu stillen. Die vorher unternommene Furchung mit dem Galvanocauter kann zwar dieses missliche Ereigniss beschränken, aber ganz vorbeugen kann sie ihm nicht, da das Involucrum der weiten Seite aus naheliegenden Gründen nicht mit in die galvanocaustische Aetzung einbezogen wurde.

Zum Schlusse möchte ich noch bemerken, dass der von mir construirte Meissel auch für die Entfernung von jenen dorn- und kammartigen Echondrosen, die Anfangs dieser Arbeit erwähnt, von grossem Nutzen ist. Es ist eben ein ander Ding, ob man beide Hände frei hat, oder die eine durch das Halten des Speculum ein für alle Mal gefesselt ist.

Mein Nasenspeculum sowohl, wie der Meissel werden von Herrn Instrumentenmacher Pfau, Berlin, Dorotheenstrasse No. 67, verfertigt und sind daselbst immer zu sehr civilen Preisen vorräthig.

Seltenere Neurosen und Reflexneurosen des Ohres, der Nase und des Rachens.

Von

Dr. **E. Baumgarten** in Budapest.

Von einer Anzahl von Beobachtungen habe ich hier einige deshalb ausgesucht, da sie nicht nur in einigen Punkten von den ähnlichen Beobachtungen anderer Autoren und von den meinigen abweichen, sondern deshalb auch, weil sie, ganz eigenthümliche Symptome zeigend, ganz anders gedeutet werden müssen. Das Gemeinsame aller dieser Neurosen und Reflexneurosen ist unbedingt die nervöse Disposition, sie kann eine allgemeine sein oder nur eine locale, und nehmen wir dann zur Erklärung die Neurasthenie oder die locale Hyperaesthesie zur Hilfe; denn sonst können wir uns bei den oft nur scheinbaren localen Veränderungen die ganz eigenthümlichen Symptome, die daselbst oder gar in entfernten Organen sich abspielen, nicht gut deuten.

Hack hat schon auf die rothe Nase, als auf eine vasodilatatorische Reflexneurose, aufmerksam gemacht. Die äussere Nase ist nicht nur roth und gedunsen durch die directe Gefässstauung, sondern auch reflectorisch durch Hyperaesthesie der Nasenschleimhaut. Dieser Vorgang kann auch bei der Ohrmuschel vorkommen, wie dies der folgende Fall annehmen lässt. Bisher hat allerdings nur Hack auch eine ähnliche Beobachtung gemacht, ohne den Zusammenhang näher erklärt zu haben.

Herr R., 45 Jahre alt, war früher gesund, hatte aber vor einem Jahre Haematemesis, erholte sich bald darauf, doch ist er seither sehr sensibel. Seit zwei Tagen ist die linke Ohrmuschel und der Anfang des äusseren Gehörganges geschwollen, stark roth, glühend, besonders der Helix, am wenigsten das Ohrläppchen, und könnte man fast an Erysipel denken. Da Patient Oeconom ist, dachte ich erst an einen Insectenstich, doch als nach 3 Tagen die Erscheinungen schwanden und nach kurzer Zeit wiederkehrten, war dies auszuschliessen. Im Winter bekam Patient die Influenza, der dabei aufgetretene Schnupfen will lange nicht weichen. Als ich nun Patienten untersuchte, finde ich mehrere Polypen in der linken Nasenseite, dieselben entfernte ich und heilte dadurch nicht nur den Schnupfen, sondern auch die Erscheinungen an der Ohrmuschel, die bisher einigemal wiederkehrten. Ich glaube, dass bei diesem nervösen Patienten durch sympathische Fasern der Nerv. auric. magn. des Cervicalgeflechtes reflectorisch vom Trigeminus aus durch die Nasenpolypen erregt wurde und diese vasodilatatorische Wirkung erzeugt wurde. Der Zusammenhang ist in diesem Falle nicht von der Hand zu weisen.

Eine ziemlich häufige Neurose der Nase ist hier in Budapest der nervöse Schnupfen, die Rhinitis vasosecretoria. Ich habe im Verlaufe der letzten Jahre mehrfache Formen behandelt und werde die diesbezüglichen Resultate seinerzeit mittheilen, will aber jetzt, bevor ich den folgenden Fall mittheile, nur auf einige Bemerkungen mich beschränken. Fast alle Patienten machen die Angabe, die auch von vielen Aerzten bestätigt wird, aber mit unserer Anschauung in directestem Widerspruche steht, dass sie endlich den Rath des Specialisten deshalb aufsuchen, da in letzter Zeit der Schnupfen sie ganz nervös mache, während er bisher sie nur belästigte. Die Erklärung, dass ihre Nervosität Ursache dieser Verschlimmerung sei, und dass der Schnupfen jetzt deshalb lästiger sei, weil jene gesteigert ist, begegnet noch so manchem Kopfschütteln. Eine solche Steigerung kann auch Vorbote einer acuten Erkrankung sein. Ich habe eine Dame wegen ihres heftiger gewordenen Schnupfens kaum angefangen zu behandeln, als wenige Tage darauf der Typhus sie verhinderte, die Behandlung fortzusetzen.

Der folgende Fall zeigte interessante Complicationen und ist sehr lehrreich. Frau B., sehr nervöse 50jährige Dame, leidet schon längere Zeit an periodisch wiederkehrender, reiner nervöser Rhinitis. Sie braucht bei Schnupfenanfällen täglich 14—16 Taschentücher, die gleich ganz nass werden und dabei rein bleiben. Im Winter ist der Zustand auf der Strasse am besten, im stark geheizten Zimmer oder im Sommer an sehr heissen Tagen tritt der Anfall gleich ein. Dieser Zustand hätte sie nicht zu mir geführt, da sie sich damit schon abgefunden hat, doch seit zwei Tagen, nachdem sie viel Aufregendes durchgemacht hat, sind nebenbei

rasende Schmerzen aufgetreten und dabei fliesst die Nase in ganz ungewohnter Weise, besonders die linke Seite. Patientin kann sich aber nur mit der grössten Vorsicht die Nase abwischen, da selbst ohne Berührung die rasendsten Schmerzen in der Gegend der linken Augenbraue, im linken Auge, im linken Nasenflügel und in der linken Wange bis zum Jochbeine bestehen. Die ganze Gegend war in der Mittellinie und nach oben, unten und aussen scharf begrenzt, leicht geschwollen, geröthet, wärmer und feuchter. Der Schmerz ist ein fortwährender, die Berührung, selbst die leiseste, kaum auszuhalten, besonders an der Austrittsstelle des zweiten Trigeminusastes, dabei thränt auch das Auge, und hat Patientin das Gefühl, als ob es heraustreten wollte. Antipyrin hatte keine Erleichterung verschafft. Das Einführen des Nasenspeculums wird vertragen, und finde ich bei der Untersuchung nichts Abnormes, ja selbst die unteren und mittleren Nasenmuscheln, die bei dieser Rhinitis oft sehr zart und hellroth zu sein pflegen, sind besonders links mehr grau und leicht geschwollen. Ich pinselte die Nasenmuscheln und den ganzen mittleren Nasengang mit Cocain und blies durch ein Hartmann'sches Röhrchen in die jetzt leicht zugängliche linke Stirnbein- und Kieferhöhle Kampheräther-dämpfe ein. Nachdem ich auch die schmerzhafte Parthie äusserlich leicht faradisirte, konnte ich danach leicht berühren und langsam massiren, worauf sofort bedeutende Erleichterung auftrat. Den anderen Tag die Erscheinungen geringer, Behandlung dieselbe, konnte aber schon fester massiren, und kann Patientin schon sich selbst berühren. Nach drei Tagen waren die Nasenmuscheln abgeschwollen, wurden später auch gebrannt; die Schmerzen waren gewichen, nur die Druckpunkte des ersten und zweiten linken Trigeminusastes noch empfindlich, die äussere Haut hat wieder ihr normales Aussehen, der Nasenfluss auch geringer. In diesem Falle bestand die Neurose als Rhinitis vasosecretoria und reflectorisch als vasodilatatorische und neuralgische Form. Eine grosse Erleichterung hatte die jedesmalige Einblasung der Dämpfe in die Nebenhöhle sogleich zur Folge, und glaube ich dies so zu erklären, dass, nachdem auch die Schleimhaut dieser Höhlen geschwellt war, durch die bei der Einblasung erzeugte Kälte Contraction der Gefässe in der Höhle, und durch aufgehobene Stauung auch der der äusseren Haut eingetreten ist.

Der folgende Fall dürfte auch als sehr selten und interessant bezeichnet werden.

Herr N., 39 Jahre alt, klagt über Verlegtsein des linken Ohres. Er bemerkt dies seit zwei Tagen, ohne dabei Beschwerden gehabt zu haben. Rechtes Ohr normal. Linkes Ohr Taschenuhr 15 Ctm., Flüstersprache 2 Mtr., laute Sprache normal, Rinne +, Trommelfelle nicht eingezogen, trüb, fast reactionslos. Linker Nasengang durch Deviation und Spina des Septums gänzlich verlegt, beim Catheterismus von rechts aus feuchtes Rasseln, gleich nachher Gehör viel besser, Ohr frei. Nach vier Tagen Befund normal, nach sechs Wochen plötzlich wieder Verlegtsein des linken Ohres bei Abwesenheit fast jeder Reaction. Was mir auffiel, war, dass, während die linke Gesichtshälfte mit zahlreichen grossen Schweissperlen bedeckt war, die rechte Seite ganz trocken blieb. Eigentlich fiel mir das fortwährende einseitige Wischen des Gesichtes auf, das factisch fortwährend geschehen musste, da in der nächsten Secunde alles

wieder mit Schweiss bedeckt war. Auf meine diesbezügliche Anfrage theilt mir Patient mit, dass er dies schon seit einem Jahre merke, und zeigte mir, dass, während das Hemd, ja selbst der Rock in der linken Achselhöhle ganz nass war, rechterseits ganz trocken geblieben ist. Diese Erscheinung war auf der ganzen linken Körperhälfte vorhanden. Ich trug nun kein Bedenken, die Secretion, die sich im Mittelohre fand, wieder ohne Schmerzen und Reaction erfolgte, als direct abhängig von der linksseitigen Hyperhydrose aufzufassen und als vasosecretorische Otitis media zu bezeichnen.

In letzter Zeit hatte ich Gelegenheit, einen Collegen zu untersuchen, der seit vielen Jahren im rechten Ohre Geräusche hört. Das Hörvermögen hat auf dieser Seite für Uhr und Flüstersprache etwas abgenommen, das Trommelfell ist normal. Als ich mit den Stimmgabeln untersuche und eine tiefe vor dem rechten Ohre tönen lasse, zuckte der Patient nach hinten, das heisst, es zog ihm den Kopf nach rechts und rückwärts, ohne dabei ein schmerzliches Gefühl im Ohre zu haben. Die Zuckung erfolgte regelmässig mit der tiefen Stimmgabel, niemals mit einer hohen; trotzdem Patient sich zusammennahm und wir mehrmals den Versuch machten, konnte er diese reflectorische Zuckung des Cucullaris nicht unterdrücken. Die Hyperaesthesie des Acusticus hatte in diesem Falle durch die Erregung einen spastischen Reflex zur Folge. Der Herr College ist ein etwas nervöseres Individuum.

Eine ganz eigenthümliche Reflexneurose, die in letzter Zeit von Joal beschrieben wurde, will ich hier noch erwähnen, obwohl diese von der Zunge ausgelöst wurde. Der Fall betraf einen Honved-Regimentsarzt, welcher über Brennen im Halse klagte. Er hatte das Gefühl, als ob der Hals mit Paprika oder Pfeffer bestäubt wäre, dabei fühlt er einen Krampf im Schlunde, besonders beim Beginne des Essens, so dass der Bissen ihm im Halse stecken bleibt. Er hatte sich sogar mit der Schlundsonde untersucht, da er schon an Oesophaguscarcinom dachte. Gurgelungen und Pinselungen hatten keinen Erfolg. Der Rachen stark geröthet, mehrere grosse Granula sichtbar, die ich galvanocaustisch brannte, ohne damit etwas zu erleichtern. Endlich sah ich eine grosse Papilla circumvallata, deren Berührung als Sitz des Uebels bezeichnet wird. Schon die zweite Aetzung brachte Schwinden aller Symptome herbei, und Patient, der sonst sehr guten Appetit hatte, konnte wieder ungestört diesem Vergnügen huldigen. In den benannten Fällen wurde der Oesophagospasmus reflectorisch von der Nase oder von den Granulis im Pharynx ausgelöst, in diesem Falle waren die Granula nur die Verbindung, die entzündete Papille der Erreger des spastischen Reflexes.

Ein Celluloid-Ohrtrichter.

In neuerer Zeit wird das Celluloid zur Herstellung verschiedener in der Medicin gebräuchlicher Instrumente mit grossem Vortheile verwendet. Ich habe nun auch Ohrtrichter aus jener Masse anfertigen lassen. Bis jetzt sind bekanntlich solche Apparate aus Hartkautschuk und Metall bei den Ohrenärzten in Gebrauch. Die ersteren führte Prof. Politzer in die Praxis ein. Mit Recht rühmt dieser Autor die grössere Leichtigkeit, wodurch sie ohne Stütze im Gehörgange weit besser, als die schweren metallenen in der gegebenen Stellung verharren und auch nicht das unangenehme Kältegefühl der polirten Metalltrichter veranlassen. Diese erwähnten Vorzüge haben in noch höherem Grade die Celluloid-Trichter, ausserdem wird durch Reflexion des Lichtes von der polirten Innenfläche die Helligkeit des Bildes wie bei den Metallspiegeln verstärkt. Was das Gewicht der seit einiger Zeit von mir gebrauchten Celluloidtrichter betrifft, so ist bei einem Satze von 4 Stück dasselbe folgendes: No. 1 = 1,2 Grm., No. 2 = 0,8 Grm., No. 3 = 0,6 Grm., No. 4 = 0,5 Grm., während No. 1 der Metalltrichter von Erhard = 8,8 Grm., der entsprechende von Politzer = 1,5 Grm. wiegt.

Diese grosse Leichtigkeit ist bei schmerzhaften Ohren während der Untersuchung nicht zu unterschätzen, wie auch die höhere Temperatur, welche sie im geheizten Zimmer annehmen, das Einführen des Instruments dem Patienten weniger lästig ist, als bei den Metalltrichtern. Weitere gute Eigenschaften sind die geringe Zerbrechlichkeit beim Fallen auf die Erde, und dass der Stoff dieser Trichter von Säuren und Aetzmitteln nicht angegriffen wird; nur ist bei galvanocaustischen Operationen im Ohr grosse Vorsicht nöthig, da Celluloid sich leicht entzündet.

Da die Form der Trichter die Untersuchung wenig beeinträchtigt, so habe ich diejenige gewählt, welche am besten zu bilden war, und erhielt so die Posaunenform.

Was endlich die Farbe angeht, so habe ich vorläufig hellrosafarbige in Gebrauch, werde aber auch milchblaue anfertigen lassen, um dem durch künstliches Licht beleuchteten Gehörgange und Trommelfell mehr die Farbe zu geben, welche der Erhellung durch Sonnenlicht entspricht.

Die Fabrik von B. B. Cassel in Frankfurt a. M. hat die Trichter sehr hübsch verfertigt und liefert einen Satz von 4 Stück zu dem Preise von 3 Mk. 50 Pf., in einem eleganten Etui, gleichfalls aus Celluloid, zu 4 Mk. 75 Pf.

NB. Ich habe Herrn Cassel einen Auftrag gegeben, auch Ohr-Catheter aus Celluloid anzufertigen.

Coblenz, 9. März 1890. Dr. Bloebaum.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber Amboscaries und Ambosextraction, ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der chronischen Mittelohreiterung. Von Dr. Ludewig. (Archiv f. Ohrenheilk., Bd. XXIX, Heft 4.)

Da sehr oft auch nach der Hammerexcision, die wegen Caries dieses Knöchelchens ausgeführt wurde, die Mittelohreiterung persistirt, hat L. in der Ueberlegung, dass nach Extraction des Hammers dem Ambos eine functionelle Bedeutung nicht mehr zukommt, seine Entfernung dem Patienten demnach auf keinen Fall in seinem Hörvermögen schaden kann, und in Würdigung der mehrfach gemachten Erfahrung, dass nach der Hammerexcision während der Nachbehandlung der cariöse Ambos durch die Spritze entleert wurde, jeder Hammerexcision auch die Extraction des Amboses folgen lassen. Die Technik dieser letzteren ist noch wenig ausgebildet. Bekanntlich wird vor der Entfernung des Hammers das Ambos-Steigbügelgelenk durchtrennt; nach der Excision des Hammers ist der Ambos nur mehr am kurzen Schenkel, und zwar mit dem Boden des Antrum mastoideum verbunden. Um ihn herauszuholen, wurden hakenförmige Instrumente benutzt, wie sie von Kretschmann, Ferrer angegeben wurden; schliesslich construirte sich L. selbst einen Haken dazu, der, vom Schafte rechtwinkelig abbiegend, in seiner Länge 5 Mm., in der Breite 2 Mm. misst, ohne jedoch von der Verlässlichkeit dieses Instrumentes für alle Fälle befriedigt zu sein. Mit allen diesen Haken wird in den oberen Trommelhöhlenraum eingegangen, um die genannte Verbindung zu lösen und den Ambos so zu dislociren, dass er im Gesichtsfelde erscheine resp. in die Paukenhöhle falle; dann kann man ihn leicht mit der Kniepincette entfernen. Im Zeitraum eines halben Jahres hat nun L. 32 Ambosextractionen bei chronischen Mittelohreiterungen im Anschlusse an die Hammerexcision ausgeführt.

Der Ambos war allein cariös in 11 Fällen = 34 pCt., cariös bei gleichzeitiger Hammercaries in 16 Fällen = 50 pCt., demnach überhaupt cariös in 27 Fällen = 84 pCt.

In zwei Fällen war der Ambos gesund, ein Mal bei gesundem, ein Mal bei cariösem Hammer; in 3 Fällen konnte der Ambos nicht entfernt werden.

Die Operationen waren März bis August 1889 ausgeführt; die Arbeit Ludewig's erschien Mitte December 1889. Bis dahin waren und blieben geheilt: 20 Fälle, ungeheilt resp. in Behandlung: 11 Fälle, gestorben war: 1 Pat., jedoch nicht in Folge der Operation.

Die Hörweite verblieb unverändert in 9 Fällen, wurde wesentlich gebessert in 15 Fällen, wurde unwesentlich gebessert in 6 Fällen und verschlimmerte sich in 2 Fällen.

Ganz ungefährlich ist die Ambosextraction nicht, da hierbei Verletzungen des Canalis Fallopiae mit nachfolgender Parese und Paralyse der Nervi faciales, sowie Verletzungen der Steigbügelverbindung in der Fenestra ovalis (vielleicht auch des horizontalen Bogenganges. Ref.) vorkommen können. Gomperz.

Knöcherne Ankylosis des Steigbügels (trockener Mittelohrcatarrh). Von Dr. L. Katz, Berlin. Vorgetragen im Verein für innere Medicin zu Berlin. (Deutsche med. Wochenschrift No. 40, 1890.)

Verfasser demonstrirt einige microscopische Präparate, die von einer 39 Jahre alten Frau stammten, welche an einem Herzfehler und an einer Nierenentzündung starb und 4 Wochen vor dem Tode vom Verfasser otiatrisch untersucht wurde, wobei die Diagnose „trockener Mittelohrcatarrh mit wahrscheinlicher Fixation des Steigbügels" gestellt wurde. Die Schwerhörigkeit war bereits vor 13 Jahren, zwar nur in schwächerem Maasse, vorhanden, hat dann progressiv zugenommen und hatte auch ein dem Rauschen des Wassers ähnliches Sausen bestanden; der Vater ist erheblich schwerhörig, die Geschwister angeblich normalhörend; Syphilis wurde ausgeschlossen.

Nach Verfasser's Untersuchungen handelte es sich in diesem Falle um eine primäre, selbstständige Entzündung an der Verbindung des Steigbügels mit dem Vorhof, um eine Arthritis auf rheumatischer Grundlage. Die Fussplatte des Steigbügels war auf das Vierfache verdickt, sie bildete mit dem benachbarten Knochen des ovalen Fensters und dem Ringbande eine einzige Masse, in welcher nur sehr geringe Spuren des früheren Gelenkes zu entdecken waren; in dieser Masse waren reichliche neugebildete Markräume, osteoide Substanz und nach innen und aussen von der Platte des Steigbügels eine Verdickung des Periostes zu constatiren. Die Schnecke zeigte nichts Pathologisches, das Corti'sche Organ war intact, die übrigen Gelenke der Gehörknöchelchen, wie auch die Binnenmuskeln waren frei von Erkrankung, im Uebrigen aber bestand die Affection auf beiden Seiten in gleicher Weise.

Bezüglich der Therapie kann Verfasser den chirurgischen Eingriff nicht befürworten, da nach seinen in Gemeinschaft mit Gad angestellten Versuchen, betreffend die Herausnahme des Steigbügels beim Hunde, derselbe wie Glas abbricht; nimmt man die Operation brüsk vor, so luxirt man den Steigbügel leicht in den Vorhof und bekommt ihn nachher nicht heraus. — Von den internen Mitteln gegen die subjectiven Geräusche hat Verfasser die besten Erfolge von grossen Dosen Bromkali gesehen; auch befürwortet er die Anwendung von Luftverdünnung und glaubt schliesslich, dass die antirheumatischen Mittel, besonders das salicylsaure Natron und das Antipyrin, in der ersten Zeit durchaus empfehlenswerth wären. Szenes.

Otitis externa haemorrhagica bullosa. Von Dr. F. Rohrer, Zürich. (Archivos internacionales de laringologia, otologia y rinologia No. 1, 1890.)

Der Fall betrifft einen 60jährigen Kranken, bei welchem rechterseits Schmerzen und Brausen, ferner Schwindel, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit aufgetreten waren, zu denen sich am zweiten Tage psychische Reizungen hinzugesellten. Rechts bestand auf Tragusdruck Empfindlichkeit. An der unteren Wand des betreffenden Gehörganges war blutiges Secret, in der Tiefe aber zwei röthlich-blaue, erbsengrosse Blasen zu finden, von denen eine an der vorderen unteren, die andere an der hinteren oberen Wand gesessen war. Die Blasen wurden eröffnet,

eine 10procentige Cocaïnlösung instillirt, der Gehörgang mit einer 3procentigen Borsäurelösung ausgespritzt, mit Watte ausgetrocknet und hierauf Jodoform eingeblasen. Die vollkommene Heilung erfolgte ohne Recidive in wenigen Tagen. Szenes.

Aristol, ein neues Antisepticum. Von Dr. F. Rohrer, Zürich. (Archivos internacionales de laringologia, otologia etc. No. 2, pag. 41—44, 1890.)

Veranlasst durch die günstigen Resultate, die Unna[1]) mit Aristol als Antisepticum in der dermatologischen Praxis erzielte, versuchte Verfasser dasselbe auch in die ohrenärztliche Praxis einzuführen. Er wendete dasselbe in Fällen von acuter Mittelohrentzündung mit spontaner Perforation oder aber nach der Paracentese an, ferner bei chronischen Otorrhoeen, selbst bei bestehender oberflächlicher Caries der inneren Wand der Trommelhöhle oder bei Complicationen mit polypösen Excrescenzen im Gehörgange oder mit periostitischer Affection des Warzenfortsatzes, ebenso auch bei Fällen von circumscripter und diffuser Otitis externa, einmal sogar bei Dermatitis mycotica des äusseren Gehörganges. In mehr als 20 Fällen wurde das genannte Mittel in ähnlicher Weise wie die Borsäure stets nach vorheriger sorgfältiger Reinigung und Austrocknung, in den Gehörgang insufflirt und fand Verfasser, dass dasselbe die guten Eigenschaften der Borsäure, des Jodoforms und Jodols bedeutend überragt. Nie zeigten sich, nicht einmal die geringsten Spuren einer Jodintoxication, selbst bei gleichzeitiger Anwendung in der Nase, in dem Rachen oder Kehlkopf.

Seit Jahren bestandene foetide Otorrhoeen nahmen auf Aristolbehandlung rapid ab, in einigen Tagen wurde das Secret zu einer zähen Flüssigkeit, um nach kurzer Zeit gänzlich zu sistiren, und auch die Perforation war nicht mehr zu sehen. Besonders hebt Verfasser hervor, dass Fälle, die sonst auf Borsäure, Jodoform oder Jodol langsam zu heilen pflegten, auf Aristolbehandlung in ein bis zwei Tagen genasen.

Bei Rhinitiden mit schleimigen oder schleimig-eitrigen Secreten insufflirte Verfasser das Aristol in die Nasenhöhle, nachdem er zuvörderst eine Irrigation derselben mit einer 0,75procentigen Kochsalzlösung vorgenommen, und erzielte durch diese Behandlung die schönsten Resultate.

Szenes.

Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien. Von Dr. Freund (Nervenarzt) und Dr. Kayser (Ohrenarzt) in Breslau. (Deutsche medicin. Wochenschrift No. 31, 1891.)

Ein 45jähriger Bahnwärter wurde durch einen dicht an seiner linken Seite einschlagenden Blitzschlag für einige Minuten wie völlig gelähmt, konnte dann langsam nach Hause gehen, bemerkte aber alsbald ausser starkem Kribbelgefühl in Händen und Füssen eine fast totale Taubheit mit Sausen und Schwindelgefühl; gleichwohl keine Dienstunfähigkeit. Die im Laufe der nächsten Wochen wiederholt angestellten Untersuchungen ergaben sehr interessante Befunde. Es wurde eine totale Anaesthesie des ganzen Körpers, wovon Pat. selbst keine Kenntniss hatte, nachge-

[1]) Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. X, Heft 2.

wiesen, mit Ausnahme einiger kleinen Stellen an Rumpf und Extremitäten; Cornea, Trommelfelle sowie Gehörgänge, Zunge und Nasenschleimhaut völlig unempfindlich, dagegen reagiren hintere Rachenwand und Uvula gegen Berührung. Sodann fand sich beiderseitige hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung, links stärker wie rechts; auf dem linken Ohre totale Taubheit, rechts sehr beträchtliche Schwerhörigkeit; Trommelfelle wenig verändert, Tuben frei, Lufteinblasung ohne Gehörsverbesserung; Knochenleitung aufgehoben, tiefe Stimmgabeln auch nicht durch Luftleitung gehört, hohe dagegen wohl. Galvanische Erregbarkeit des Acusticus ist nicht zu erzielen. Geruch und Geschmack beiderseits erloschen.

Auffällig blieb der Umstand, dass bei völligem Verlust der Tastempfindungen, des Gelenkgefühls sowie der Vorstellung der Körperlage nichts desto weniger keine Spur von Ataxie bestand; desgleichen, dass trotz hochgradiger concentrischer Gesichtsfeldeinengung das Orientirungsvermögen durch das Gesicht fast gar nicht gelitten hatte. — Zwei Monate nach dem Unfalle bemerkte Pat. bei festem Lidschlusse einen tiefen Ton im linken Ohre, welcher auch mittelst Hörschlauchs objectiv wahrnehmbar war; es zeigte sich dabei gleichzeitig eine deutliche ruckweise Einziehung des unteren Hammergriffendes mit Verschiebung des Lichtreflexes, so dass der Ton als das durch die Contraction des Tensor tympani bedingte Muskelgeräusch aufzufassen war; die Erregung des vom Quintus innervirten Tensor in Folge des durch den Facialis bewirkten Lidschlusses bleibt dabei auffällig. — Die Behandlung bestand in Application eines starken faradischen Stromes, wodurch allmählig eine Besserung der Hörfähigkeit rechts, sowie der Anaesthesie bis zu einem gewissen Grade erzielt wurde; zur Zeit der Veröffentlichung des Falles wurde die Behandlung noch fortgesetzt. — Fr. hält das Krankheitsbild für eine Neurose, herbeigeführt durch den Schrecken, welchen das Ereigniss bei dem Pat. hervorgerufen, nicht für eine directe Einwirkung des Blitzes, und betont, wie gegenüber der bisherigen einschlägigen Casuistik von Schreckneurosen der vorliegende Fall eine gewisse Ausnahmestellung einnehme, insofern dabei gewöhnlich Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen zusammen, und zwar halbseitig, aufzutreten pflegen, eine ausschliessliche Beschränkung der Lähmung auf die sensitiv-sensorielle Sphäre dagegen bisher nicht bekannt geworden sei. Aus demselben Grunde hält es auch schwer, die Krankheit als männliche Hysterie aufzufassen, wofür allerdings manche Momente, auch des Ohrbefundes, wieder sprechen würden.

Keller.

Die Anwendung des Jodtrichlorid bei Ohreneiterungen mittelst einer neuen aseptischen Spritze. Von Prof. Dr. Trautmann. (Deutsche medicin. Wochenschrift No. 29, 1891.)

Tr. rühmt dem von Riedel (Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte, 1887) und Behring (Zeitschrift für Hygiene Bd. 9, 1890) seiner stark desinficirenden Eigenschaften wegen empfohlenen Mittel bei chronischen Ohreiterungen (bei profusen acuten Eiterungen hatte Tr. noch keine Gelegenheit zur Anwendung) wesentliche Vorzüge nach: sofortiger Schwund jeglichen üblen Geruchs für die Dauer von 24 Stunden; sodann die Thatsache, „dass das festanhaftende Epithel, wie dies bei chronischen

Eiterungen des Mittelohres gar nicht selten, bei Cholesteatom stets der Fall ist, sich ungemein leicht abhebt. Aus diesem Grunde eignet sich das Mittel zur Behandlung des Cholesteatoms vorzüglich.“ Drittens treten keine Entzündungserscheinungen im Gefolge der Application auf, die Schleimhaut (wie die von dem Mittel benetzte äussere Haut) wird nur gelblich braun gefärbt und sondert für 1—2 Stunden eine gelblich seröse Flüssigkeit in geringer Menge ab. — Tr. benutzt die Jodtrichloridlösung zur Ausspritzung des Ohres, und zwar, da das Mittel stark reizend wirkt, anfänglich in geringer Concentration, $^1/_8$ pCt. bis, allmählig steigend, auf $^1/_2$ pCt., höchstens 1 pCt., meist jeden 4. Tag, während an den Zwischentagen mit aseptischem Wasser ausgespült wird; es empfiehlt sich, jedesmal eine frische Lösung zu etwa 200 Gramm zur Ausspritzung sich zu bereiten. Da Metall von dem Mittel angegriffen wird, so gebraucht Tr. eine gläserne Spritze mit Asbeststempel.

Nach seinen bisherigen Erfahrungen empfiehlt Tr. das Mittel hauptsächlich bei chronischen Mittelohreiterungen mit und ohne Caries; Granulationen und starke Schleimhautschwellungen müssen zuvor durch anderweitige Behandlung beseitigt werden. Die Anwendung in Nase und Nasenrachenraum verbietet sich, selbst in einer Lösung von nur $^1/_{32}$ pCt., der Schmerzhaftigkeit und heftigen Reizerscheinungen wegen.

Keller.

Die Behandlung der chronischen Mittelohreiterung durch Excision der cariösen Gehörknöchelchen; Bericht über drei Fälle. (The Treatment of Chronic Purulent Otitis Media by Excision of the Carious Ossicles and Removal of Obstructions in the Tympanic Attic, With a Report of Three Cases.) Von Christopher J. Colles in New-York. (Amer. Journ. of the Med. Sciences, Mai 1891.)

Die mitgetheilten Fälle betrafen einen 44jähr. Mann, eine 25jähr. Frau und ein $10^1/_2$jähr. Mädchen. In allen drei Fällen wurde wegen mehrjähriger Mittelohreiterung der Hammer operativ entfernt. Aethernarcose. Bei Fall 1 und 3 war kein Ambos mehr vorhanden, bei Fall 2 fehlt jede Angabe über dieses Knöchelchen. Das Resultat war in allen drei Fällen ein sehr befriedigendes, da sowohl die Eiterung zum Verschwinden gebracht, als auch das Gehörvermögen verbessert wurde. — Verf. hat aus der Literatur 120 durch Excision der Gehörknöchelchen behandelte Fälle von Mittelohreiterung zusammengestellt. Die Otorrhoe wurde dadurch in 60 pCt. der Fälle geheilt und in nur $4^1/_6$ pCt. nicht gebessert, während in den übrigen Fällen merkliche Besserung erfolgte. Das Gehörvermögen besserte sich in 63 Fällen, also $52^1/_2$ pCt. In zwei Fällen (von Wetzel mitgetheilt) wurde es schlimmer.

A. Sch. (N.-Y.)

Ueber operative Entfernung von Fremdkörpern aus der Paukenhöhle mit Ausschälung der den knöchernen Gehörgang auskleidenden Weichtheile und Abmeisselung des Margo tympanicus. Von Prof. Bezold. (Berliner klinische Wochenschrift No. 36, 1891.)

B. beschreibt einen Fall von Einklemmung eines Steines in der Paukenhöhle eines 7jähr. Mädchens, bei welchem er nach erfolgloser Anwendung von schonenderen Extractionsversuchen zur Loslösung der

Ohrmuschel schritt, dann aber insofern von der üblichen Methode abwich, als er nicht den knorpeligen Gehörgang vom knöchernen trennte, vielmehr sämmtliche Weichtheile mit dem Perioste vom Knochen ablöste, den knöchernen Gehörgang also ausschälte, und nun zur Mobilisirung des Fremdkörpers den Annulus tympanicus zum Theil abmeisselte, eine Abmeisselung des knöchernen Gehörgangs selbst aber vermied; rasche Heilung. Mit Rücksicht auf die relativ leichte Ausführung des Verfahrens räth B. noch mehr wie bisher dazu, jeden Fremdkörper, auch ohne dass drohende Erscheinungen seine sofortige Entfernung erheischen, nach dem obigen Verfahren zugänglich zu machen, falls die Extraction vom Gehörgange aus nicht gelingt. Keller.

Beitrag zur aglutinativen Methode behufs Entfernung von Glasperlen aus dem Ohre. Von Dr. Olivenbaum (Rumänien). (Therapeut. Monatshefte. August, V. Jahrg.)

O. entfernte eine durch Ausspritzen und Klebversuche mit Leim aus dem Gehörgange nicht zu beseitigende Glasperle dadurch, dass er feingepulverten Alaun in einem Löffel über der Spiritusflamme zum Schmelzen brachte, dann das zerfaserte Ende eines Holzstäbchens in die Masse tauchte und rasch für einige Augenblicke an der Glasperle fixirte, nachdem er eine Verbrennung des Gehörgangs durch Einschieben einer langen Papierröhre in denselben verhütet hatte; die Extraction gelang sofort.
Keller.

Doppelseitige Mastoiditis im Gefolge von eitriger Mittelohrentzündung, Operation, Heilung. (Implication of the Mastoid Cells of Both Ears in a Case of Chronic Purulent Otitis Media. Complete and Rapid Recovery Following Operation.) Von Huntington Richards in New-York. (N.-Y. Med. Journ., 17. Jan. 1891.)

Der Fall betraf einen 30jähr. kräftigen Mann. Zuerst musste der linke Warzenfortsatz eröffnet werden, was Verf. mit dem Drillbohrer bewerkstelligte, und zwölf Tage später der rechte, ebenfalls mittelst des Drillbohrers. Die Einzelheiten der ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte sind im Original nachzusehen. A. Sch. (N.-Y.)

---

b) Rhinologische:

Zur Casuistik der Highmorshöhlenempyeme. Von Dr. Arthur Hartmann, Berlin. Nach einer Mittheilung in der Section für Otologie der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. (Deutsche med. Wochenschrift No. 50, 1889.)

Verfasser theilt drei einschlägige Fälle mit, in welchen es ihm gelungen war, durch 3—4malige Ausspülung der Highmorshöhle, vom mittleren Nasengange aus, Heilung zu erzielen und glaubt schliesslich, dass der operative Eingriff in ähnlichen Fällen nur dann berechtigt wäre, wenn die Heilung nach wenigen Ausspülungen nicht gelingt.
Szenes.

Exophthalmie nach Entfernung von Nasenpolypen. (Exophtalmie consécutive à l'ablation des polypes du nez.) Von Dr. Felix Semon. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1890.)

Zwei Tage nach Entfernung multipler Nasenpolypen trat plötzlich Exophthalmus des rechten Auges ohne Tachycardie und ohne Struma ein. Andererseits waren mit der Operation die häufig eintretenden asthmatischen Anfälle gehoben. Verf. gesteht, den Zusammenhang nicht zu begreifen. Dr. P. K.

Fremdkörper in den Nasenhöhlen. (Corps étranger dans les fosses nasales.) Von Dr. Photiades. (Revue med. pharmaceutique de Constantinople und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4.)

Ein 38jähriger Mann litt an Anosmie, Nasencatarrh, Bronchitis mit krampfhaftem Husten. Tumor in der Nase, welcher Anfangs für ein Gumma gehalten wurde, dem specifischen Heilverfahren aber nicht wich. Anwendung des Galvanocauters mit Erfolg; nach einiger Zeit wurde der Rest des Tumors während eines Hustenanfalls ausgeworfen: es waren Stücke Bindfaden, welche der Kranke früher mit einem Rest Wurst verschluckt hatte. Heilung. Dr. P. K.

Electrische scharfe Löffel zur Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Curettes électriques pour les végétations adénoides du pharynx nasal.) Von Dr. Rousseaux.

Blutungen und namentlich die septische Infection werden bei dieser Operationsmethode vermieden. Verf. hat 2 Arten dieser Löffel: die erste sieht dem Gottstein'schen Ringe, die zweite dem Löffel von Hartmann ähnlich; beide lassen sich auf den von Schech angegebenen galvanocaustischen Griff schrauben, sie werden durch einen einfachen Accumulator glühend gemacht; Eug. Albrecht in Tübingen verfertigt selbe. Dr. P. K.

Grosses Papillom am hinteren Ende der linken unteren Nasenmuschel. (Papillome volumineux s'implantant sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche.) Von Dr. Noquet. (Revue de laryngologie No. 11, 1891.)

Ein 49jähr. Mann zeigte ein pflaumengrosses, breitgestieltes Papillom an besagter Stelle, welches bei rechtsseitiger Körperlage auch das rechte Nasenloch verstopfte. Mittelst der kalten Schlinge wurde der Tumor in drei Sitzungen durch die Nase entfernt und die Ansatzstelle mit dem Galvanocauter gebrannt. Dr. P. K.

Tuberculose der Nasenhöhlen. (La Tuberculose des fosses nasales.) Von Dr. A. F. Plicque. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1890.)

Aetiologisch ist zu bemerken, dass eine der Infection so direct ausgesetzte Schleimhaut so selten befallen wird; klinisch ist hervorzuheben, dass sie verschieden auftreten kann, dass ihre Diagnose oft schwer ist;

therapeutisch ist zu erwähnen, dass die topische und chirurgische Behandlung von glänzendem Erfolg gekrönt sind.

Die Auseinandersetzungen und die Details dieser drei Hauptpunkte werden am besten im Original nachgelesen. Dr. P. K.

Ueber Cysten und Abscesse der mittleren Muschel. (On cyst and abscess of the middle turbinated bone.) Von Greville Macdonald, M. D., London. (Lancet, 20. Juni 1891.)

Verf. erklärt das Zustandekommen dieser Erscheinungen durch eine osteophytische Periostitis, welche den freien Rand der Muschel mit deren Körper verwachsen lässt und so zur Bildung eines Hohlraums Anlass giebt, der sich dann durch die Ansammlung von Flüssigkeit ausdehnt. Sie können auch vereitern und dann Abscesse bilden. In letzterem Falle enthalten sie Granulationen und Eiter. An ihrer Aussenseite können auch Polypen sich bilden. Ihre Entfernung lässt sich leicht machen durch die Schlinge und nachheriges Wegbrechen der Ränder mit der Zange.

Verf. hält sie für selten, Ref. kann ihm für Deutschland nicht zustimmen. Dr. M. Schm.

Traumatisches Haematom mit Abscessbildung in der Nasenscheidewand. (Hématome traumatique et abcès consécutif de la cloison du nez.) Von Dr. Ricci Angelo. (Bolletino delle malattie dell Orecchio und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Ein 28jähriger Mann fiel mit der Nase auf den Boden. Schmerz, Nasenbluten mit bleibender Nasenverstopfung und nasaler Stimme. In jedem Nasenloch ein rother Tumor, Abscessbildung mit den gewöhnlich selbe begleitenden Symptomen, Fluctuation in beiden Nasenlöchern. Nachdem der Eiter nicht durch intranasalen Schnitt, sondern durch eine hinter der Oberlippe dicht am Frenulum an der Spina nasalis anterior, also von innen her angebrachte Oeffnung entleert worden war, konnte man eine Fractur des Nasenseptum feststellen. Zwei kleine Holzcylinder wurden in die Nasenöffnungen gebracht, bis Heilung eingetreten war; es kam restitutio ad integrum. Dr. P. K.

Reflexasthma in Folge von Nasen- und Unterleibsleiden. (De l'asthme reflexe d'origine nasale et gastrointestinale.) Von Dr. Aayer. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 12, 1891.)

Obwohl in letzter Zeit viel Missbrauch mit Nasalleiden als Ursache von Bronchialasthma getrieben worden ist, so giebt es doch verschiedene authentische Fälle, welche uns zwingen, den Causalnexus anzunehmen. Ebenso verhält es sich mit einigen Gastrointestinalleiden: In solchen Fällen ist die Zunge belegt, der Unterleib aufgetrieben, Coprostase und Dyspepsie bestehen; in solchen Fällen heilen die asthmatischen Anfälle nach dem Gebrauch von Kissingen, Marienbad, Vichy, Massage, Tamarinden, Clystieren etc. etc. Dr. P. K.

Ein ungewöhnlicher Fall von Nasenpolyp. (An unusual case of nasal polypus.) Von Marmaduke Sheild, London. (Lancet, 4. Juli 1891.)

Das Ungewöhnliche bestand darin, dass der Polyp, der ein ganz gewöhnliches Aussehen hatte, bei der Berührung stark blutete. Nach der Herausnahme ergab es sich, dass es ein Fall von Krebs des Antrums war, der aber sonst keine Erscheinungen gemacht hatte. Mittelst Exstirpation des Oberkiefers wurde die Kranke geheilt. Verf. meint, dass ein rasch wachsender Tumor in der Nase von Erwachsenen, der leicht blutet, immer verdächtig sei. Dr. M. Schm.

Kritik.

Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle. Von Prof. Dr. B. Fränkel. Verlag A. Hirschwald. Berlin 1891.

Unter obigem Titel erschien in 2 Lieferungen ein anatomischer Atlas, der 17 Ansichten von serienartig angeordneten Durchschnitten durch den gefrorenen Schädel, insoweit dabei die Nase und deren nächste Umgebung getroffen wird, wiedergiebt. Von diesen Schnitten sind 6 in horizontaler Richtung geführt, 9 geben uns verschiedene Bilder in Frontalschnitten und 2 zeigen Nasendurchschnitte in sagittaler Richtung. Zum besseren Verständniss hat Verf. zu jedem der Bilder eine kurze Erklärung beigefügt. Durch diese mit grosser Sorgfalt ausgeführte Arbeit bietet uns der Autor zahlreiche Ansichten der Nase, deren Nebenhöhlen und des Cav. nas.-phar., so dass man dadurch ein klares, übersichtliches Bild über den anatomischen Aufbau der Nase und deren Nebenhöhlen, und besonders deren gegenseitige Lage gewinnt, wodurch das Werk für Jeden, der sich eingehender mit den Erkrankungen der Nase beschäftigt, von grossem Werthe ist.

Noch sei erwähnt, dass die Bilder auf starkem Carton mittelst Kupferätzung hergestellt sind und das ganze Werk von der oft bewährten Firma elegant ausgestattet wurde. J.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Französische Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. Jährliche Sitzung am 4. und 5. Mai 1891. (Société française d'otologie et de laryngologie. Séance annuelle du 4 et 5 Mai 1891.)

Ueber falsche Empyeme der Highmorshöhle. Moure behauptet, es gebe Fälle, wo alle Symptome für Empyem des Antrum Highmori sprächen und dennoch dasselbe nicht bestehe. Luc weist auf die cariösen Zähne, welche fast immer Ursache des Empyems seien, hin. Ruault empfiehlt die Durchleuchtung als Hauptmittel der Diagnose. Gouguenheim verwirft die Perforation durch die Fossa canina, empfiehlt die Perforation durch eine Alveole nach Extraction des betreffenden Zahnes und zeigt eine Canüle mit Obturatorium, welche das Eindringen von Speisen in's Antrum verhindern soll.

Larynxintubation bei Erwachsenen. Massei spricht derselben das Wort, so lange es sich um acute oder chronische ödematöse Stenosen handelt; bei papillomatösen und narbigen Stricturen muss man vorher das Hinderniss auf irgend welche Art entfernen.

Gute Wirkung des Pilocarpin in einem schweren Falle von Oedema glottidis. Suarez de Mendoza, gestützt auf zwei früher glücklich behandelte Fälle, räth, in einem frischen Falle mit der Tracheotomie abzuwarten und Pilocarpin zu versuchen. 3 in 20minutigen Zwischenräumen gemachte Einspritzungen, im Ganzen 25 Milligramm des Medicamentes, brachten Heilung.

Spontanes Verschwinden des Papilloms beim Kinde. Garel bespricht den Fall eines vierjährigen, im vorigen Jahre an Influenza erkrankten Kindes, welches seither an Aphonie litt. Die Dyspnoe nahm zu, das Laryngoscop zeigt ein das linke Stimmband und den Intraarytänoidalraum einnehmendes Papillom. Tracheotomie. Die Canüle konnte nach 7 Wochen entfernt werden. Das Papillom war verschwunden. Nicot, Noquet, Chatellier und Gellé sprechen über Taubheit bei trockener Mittelohrentzündung, über tardive, hereditäre Syphilis der Nasenhöhlen, sowie über die geeignetste Behandlung des Nasenrachenraumes nach Entfernung der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes.

Acute Arthritis der Articulatio cricoarytänoidea. Lacoarret behauptet, dass die Gelenkentzündung viel häufiger sei, als allgemein angenommen wird, und dass selbe oft mit Oedema glottidis verwechselt wird. Am häufigsten jedoch kommt sie durch Propagation vor. L. erwähnt noch die verschiedenen infectiösen Krankheiten, welche dazu führen können. Dr. P. K.

Lupus des Mundes, des Schlundes und des Kehlkopfes. (Lupus of the mouth, pharynx and larynx.) Von Gilbert Barling, Birmingham. (Lancet, 27. Juni 1891.)

Die Berichte anderer Forscher ergeben, dass 10—20 pCt. aller Lupuskranken auch im Halse erkrankt sind, wenn auch nur wenige Beschwerden davon haben. Verf. hatte unter 13 Fällen 6 mit Lupus im Halse, von denen aber nur 2 über Beschwerden klagten. Unter seinen Fällen waren 5 Frauen und 1 Mann von 6 Frauen und 7 Männern im Ganzen. Er beginnt mit kleinen rothen Flecken mit dünnem weissen Belag darauf, die Oberfläche wird dann papillär, die Krankheit ergreift aber nicht den Knochen, wohl aber Knorpel. In einem Fall war eine günstige Einwirkung des Tuberkulins zu finden. Dr. M. Schm.

Ein Fall von subparotischem und retropharyngealem Sarcom, Operation, Heilung. (A case of subparotid and retropharyngeal sarcoma, operation, recovery.) Von James Wilson, M. D., Haverfordwest. (Lancet, 27. Juni 1891.)

Der Kranke war nach 14 Monaten noch gesund, ohne Rückfall.
Dr. M. Schm.

Behandlung des Kropfes durch theilweise Ausschneidung mit vier Fällen. (Treatment of goitre by partial excision with four cases.) Von Louis E. Stevenson, M. B., Carlisle. (Lancet, 20. Juni 1891.)

In den 4 Fällen wurde immer nur der eine Lappen weggenommen, der zurückgelassene verkleinerte sich dann nachher von selbst. Sie wurden alle geheilt, die Kranken waren alle im Jünglingsalter. Verf. meint, im jugendlichen Alter seien die rasch wachsenden Kröpfe gefährlicher wie im Alter. Ref. kann dem nicht beistimmen. Im Gegentheil, wenn bei älteren Personen der Kropf rasch wächst, so macht er gerade so Erstickung wie bei jungen und es kommt die Besorgniss noch dazu, es möge ein bösartiger Tumor sich entwickeln. Dr. M. Schm.

Ueber Pachydermia laryngis. Von Dr. Meyer. (D. med. Wochenschrift No. 42, 1890.)

Mittheilung von 11 Fällen der diffusen Form nebst klinischen Bemerkungen In 7 Fällen hiervon war eine Beschränkung der Abductionsbewegung beider oder eines Stimmbandes vorhanden. Therapeutisch wird Behandlung des bestehenden Rachen- und Kehlkopfcatarrhs, ohne operative Entfernung der Wülste, sowie Jodkali in kleiner Dosis empfohlen, worauf zunächst die Bewegungsfähigkeit wiederkehre und nach längerer Anwendung eine Verkleinerung der Wülste eintrete. Heinze.

Die Localtherapie bei der Larynxphthise. Von Dr. Scheinmann. (Berl. klin. Wochenschr. No. 47, 1890.)

Prophylactisch, sowie für leichtere Fälle, wird frühzeitige Anwendung lange fortzusetzender und häufig täglich zu wiederholender Inhalationen von Menthol oder Kresol, gegen Infiltrate, als mildestes Verfahren, die Electrolyse, und zur Einreibung in Geschwürsflächen das Pyoctanin. caerul. empfohlen. Chirurgische Eingriffe sollen erst dann vorgenommen werden, wenn die milderen antiseptischen Methoden im Stich lassen oder aussichtslos erscheinen. Heinze.

Eine zweckmässige Modification des Larynxgalvanocauters. Von Dr. Heermann. (D. med. Wochenschr. No. 40, 1890.)

Die Modification an dem von Windler zu beziehenden Instrument besteht darin, dass die Kupferdrähte am äusseren Ende 3 Mm. lang senkrecht abgebogen sind und dass an den freien Enden die ebenfalls nur 3 Mm. lange Platinarmatur sitzt. Hierdurch werde deutlichere Beobachtung der letzteren erreicht und Verletzung benachbarter Partien bei Würgbewegungen etc. verhindert. Heinze.

Angiom der Epiglottis. (Angiome de l'épiglotte.) Von Dr. Tauber. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

42jähriger Mann mit den localen Symptomen eines grossen, der Epiglottis aufsitzenden Angioms. Die galvanocaustische Schlinge konnte nicht angelegt werden, aber die Exstirpation gelang mittelst eines grossen Mathieu'schen Amygdalotoms. Keine Recidiven. Dr. P. K.

Extraction zweier Röhren, welche sich von der Canüle losgelöst hatten und in die Trachea gefallen waren. (Extraction de deux tuyaux de canule à trachéotomie tombés dans la trachée.) Von Dr. Vasily Razumovsky. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Ann. des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Eine 53jährige Frau, wegen narbiger Larynxstenose tracheotomirt, bekam 1884, 2 Jahre nach der Operation, das erste Rohr in die Trachea, weil die Canüle zerbrach; 1887 fiel das zweite Rohr, ohne dass das erste entfernt worden war, auch in die Trachea. Sonderbarer Weise kam die Patientin erst 3 Monate nach dem zweiten Unfall in's Spital. Die Extraction gelang mittelst gebogener Zangen. Dr. P. K.

Entfernung einer Nadel aus der Trachea auf natürlichem Wege. Von Dr. Hinrichs. (D. med. Wochenschr. No. 37, 1890.)

Ein 19jähr. Schneider hatte eine mit einem dünnen Doppelfaden umwickelte 3,5 Ctm. lange Nadel, welche er bei der Arbeit im Munde hielt, in einem Hustenanfalle in die Luftröhre aspirirt. Während der Faden durch Husten und Würgen wieder soweit herauskam, dass er erfasst und hervorgezogen werden konnte, sass die Nadel unterhalb der Stimmbänder fest. Sie lag quer über die Mitte des linken Bronchus, mit der Spitze eingestochen in den First der Bifurcation, während das Oehrende etwas höher an der linken Trachealwand festgeklemmt war unter einem vorspringenden Trachealringe. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen gelang es am 2. Tage mit Hilfe einer langen, an der Spitze nach vorn rechtwinklig kurz umgebogenen Kehlkopfsonde, das Oehr unter dem Trachealringe hervorzuheben, worauf die weitere Extraction am Faden unschwer gelang. Heinze

---

Respirationshinderniss, Tracheotomie, Heilung. (Un cas d'entrave à la respiration, trachéotomie, guérison.) Von Dr. Arthur Wright. (Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Peribronchitischer Drüsenabscess bei einem 12jährigen Knaben, welcher durch einen in die Trachealwunde eingeführten harten Catheter geöffnet wurde. Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.) Von Dr. Ström. (Journal of Laryngol. and Rhin. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Ein 3jähr. Kind wurde nach 19 Tage andauernden intermittirenden Anfällen von Dyspnoe tracheotomirt; ein Kirschkern wurde extrahirt; Convulsionen, Tod nach 3 Tagen. Dr. P. K.

Ruptur der Trachea mit Sternal- und Rippenfractur. (Rupture de la trachée avec fractures sternale et costale.) Von Dr. Bennet. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Keine äussere Läsion; bei der Section transversaler Riss der Trachea, zollgrosse Entfernung beider Rissstellen. Kein grosses Blutgefäss verletzt. Dr. P. K.

Ein Fall von Kehlkopffractur mit günstigem Ausgang. Von Dr. Sokolowski. (Berl. klin. Wochenschr. No. 40, 1890.)

Ausführliche Beschreibung eines längere Zeit hindurch laryngoscopisch beobachteten Falles bei einem 20jähr. Mädchen, welche an ihrer über die Schulter geworfenen und am Halse in einem Knoten gebundenen Schürze von dem Triebrade einer Maschine erfasst worden war. Die alsbald vorgenommene Tracheotomie bez. Laryngotomia inferior, welche die Athembeschwerde beseitigte, folgte später die Laryngofissur, wobei sich herausstellte, dass der hintere Theil des Ringknorpels gar nicht existirte, und dass „nirgends Spuren eines Ringknorpels abgetastet werden konnten". Patientin wurde mit der Tracheotomiecanüle entlassen; ein nach 2 Jahren vorgenommener Versuch, die Canüle gänzlich zu entfernen, misslang, da Athembeschwerden wieder eintraten. Der Erfolg ist trotzdem als günstig anzusehen, da die Prognose der Kehlkopffracturen (von klinisch beobachteten Fällen existiren in der Literatur nur 80—90) im Allgemeinen ungünstig ist und da namentlich Fracturen des Ringknorpels mit sehr wenigen Ausnahmen tödtlich zu verlaufen pflegen. S. hat in der Literatur nur noch einen, dem seinen analogen Fall mit günstigen Ausgang gefunden.

Heinze.

Ueber Erkrankungen der oberen Luftwege im Gefolge der Influenza. Von Prof. B. Fränkel. (D. med. Wochenschr. No. 28, 1890.)

In den 45 zur poliklinischen Beobachtung gelangten Fällen zeigten sich bemerkenswerthe Veränderungen im Kehlkopfe. Sie bestanden in eigenthümlichen weissen Stellen in der gerötheten Schleimhaut der Stimmbänder, welche einmal mehr in der Mitte, einmal mehr nach vorn, selten mehr nach hinten sassen, meist wochenlangen Bestand hatten und unter Bildung eines mehr oder minder markirten Hofes um sie herum und oberflächliche Epithelabschilferung schliesslich heilten. F. nimmt an, dass es sich um eine fibrinöse Infiltration in die Stimmbänder handelt und glaubt, dass diese Befunde zur Diagnose der Influenza werden beitragen können, da sie in solcher Häufigkeit nur zu Zeiten einer Influenza-Epidemie vorkommen.

Heinze.

Ein neues Kehlkopfmikrometer. Von Dr. Wagner. (Berl. klin. Wochenschr. No. 45, 1890.)

Beschreibung einer, vom Instrumentenmacher Hellwig in Halle a. S. zu beziehenden Vorrichtung zu Messungen im Kehlkopfe, deren Vortheile nach W. darin bestehen, dass der Beobachter gleichzeitig zwei Bilder des Kehlkopfes erhält (das directe ursprüngliche und das indirecte, mit der Scala versehene); dass nicht nur Längen- und Breiten-, sondern auch Flächenbestimmungen gemacht werden können, und dass die Vorrichtung leicht an jedem Reflector zu befestigen ist.

Heinze.

Melonenkern im rechten Bronchus. Operation, Heilung. (Pépin de mélon dans la bronche droite. Opération, guérison.) Von Dr. Ackermann. (Med. News und Annales des maladies de l'oreille et de larynx No. 3, 1890.)

2jähr. Kind, croupöser Husten, behindertes Athmen an der rechten Lunge; Tracheotomia inferior, Extraction mittelst langer, in den rechten Bronchus eingeführter Zange, Heilung in 10 Tagen.

Dr. P. K.

Oesophaguskrämpfe, durch Hypertrophie der vierten Mandel hervorgerufen. (Spasmes oesophagiens dus à l'hypertrophie de la quatrième amygdale.) Von Dr. Joal. (Revue de laryngologie d'otol. et de rhinologie No. 16, 1890.)

Dass Oesophagismus durch erfolgreiche Behandlung nasaler Leiden geheilt werden kann, hat Verf. früher bewiesen. Dasselbe kann durch richtige Behandlung der Zungenmandel geschehen. Verf. giebt hierzu 2 geheilte Kranke als Beleg. Um sicher zu sein, dass der Oesophagismus wirklich von den hypertrophischen Zungenpapillen herrührt, räth Verf., auf folgende Punkte zu achten: 1) Zunahme resp. Entstehen des Oesophagismus bei Reizung, namentlich beim Zerstören der Zungenpapillen; 2) Aufhören des Oesophagismus durch Bepinseln der Papillen mittelst Cocain; 3) Heilung des Oesophagismus durch geeignete Behandlung der Papillen. Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Cholewa: Ueber Resection des Septum narium. — Baumgarten: Seltenere Neurosen und Reflexneurosen des Ohres, der Nase und des Rachens. — Bloebaum: Ein Celluloid-Ohrtrichter. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Ludewig: Ueber Amboscaries und Ambosextraction, ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der chronischen Mittelohreiterung. — Katz: Knöcherne Ankylosis des Steigbügels (trockener Mittelohrcatarrh). — Rohrer: Otitis externa haemorrhagica bullosa. — Rohrer: Aristol, ein neues Antisepticum. — Freund und Kayser: Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien. — Trautmann: Die Anwendung des Jodtrichlorid bei Ohreneiterungen mittelst einer neuen aseptischen Spritze. — Colles: Die Behandlung der chronischen Mittelohreiterung durch Excision der cariösen Gehörknöchelchen: Bericht über 3 Fälle. — Bezold: Ueber operative Entfernung von Fremdkörpern aus der Paukenhöhle mit Ausschälung der den knöchernen Gehörgang auskleidenden Weichtheile und Abmeisselung des Margo tympanicus. — Olivenbaum: Beitrag zur aglutinativen Methode behufs Entfernung von Glasperlen aus dem Ohre. — Richards: Doppelseitige Mastoiditis im Gefolge von eitriger Mittelohrentzündung, Operation, Heilung. — b) Rhinologische: Hartmann: Zur Casuistik der Highmorshöhlenempyeme. — Semon: Exophthalmie nach Entfernung von Nasenpolypen. — Photiades: Fremdkörper in den Nasenhöhlen. — Rousseaux: Electrische scharfe Löffel zur Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. — Noquet: Grosses Papillom am hinteren Ende der linken unteren Nasenmuschel. — Plicque: Tuberculose der Nasenhöhlen. — Macdonald: Ueber Cysten und Abscesse der mittleren Muschel. — Angelo: Traumatisches Haematom mit Abscessbildung in der Nasenscheidewand. — Aayer: Reflexasthma in Folge von Nasen- und Unterleibsleiden. — Sheild: Ein ungewöhnlicher Fall von Nasenpolyp. — Fränkel: Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle. — c) Pharyngolaryngologische: Französische Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. — Barling: Lupus des Mundes, des Schlundes und des Kehlkopfes. — Wilson: Ein Fall von subparotischem und retropharyngealem Sarcom, Operation, Heilung. — Stevenson: Behandlung des Kropfes durch theilweise Ausschneidung mit 4 Fällen. — Meyer: Ueber Pachydermia laryngis. — Scheinmann: Die Localtherapie bei der Larynxphthise. — Heermann: Eine zweckmässige Modification des Larynxgalvanocauters. — Tauber: Angiom der Epiglottis. — Razumovsky: Extraction zweier Röhren, welche sich von der Cantile losgelöst hatten und in die Trachea gefallen waren. — Hinrichs: Entfernung einer Nadel aus der Trachea auf natürlichem Wege. — Wright: Respirationshinderniss, Tracheotomie, Heilung. — Strom: Fremdkörper im Larynx. — Bennet: Ruptur der Trachea mit Sternal- und Rippenfractur. — Sokolowski: Ein Fall von Kehlkopffractur mit günstigem Ausgang. — Fränkel: Ueber Erkrankungen der oberen Luftwege im Gefolge der Influenza. — Wagner: Ein neues Kehlkopfmikrometer. — Ackermann: Melonenkern im rechten Bronchus. Operation, Heilung. — Joal: Oesophaguskrämpfe, durch Hypertrophie der vierten Mandel hervorgerufen.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Klesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, October 1891.** **No. 10.**

I. Originalien.

Ein Fall von multipler Exostosenbildung am Schädel mit halbseitiger Gesichtsatrophie.

Demonstration einer Gehörgangsexostose.

Vortrag,

gehalten in der otiatr. Section der 64. Naturforscherversammlung zu Halle a. S.

von

Dr. **A. Krakauer** Berlin.

M. H.! Das Präparat, welches ich mir die Ehre geben will, Ihnen heute zu demonstriren, entstammt einem 12jähr. Mädchen, welches mir im Anfang dieses Jahres von Herrn Collegen Karewsky zur Begutachtung des Ohrenbefundes überwiesen wurde.

Das Kind, welches von Jugend auf an Scrophulose und intermittirender linksseitiger Otorrhoe gelitten hat, zeigte auf den ersten Anblick folgende Erscheinungen: 1) in der Gegend des l. unteren Orbitalrandes befindet sich eine Narbe, welche, die wir gleich vorwegnehmen wollen, einer Operation entstammt, die College Karewski im vergangenen Jahre behufs Entfernung einer warzenförmigen Exostose von der Stelle, wo Process. zygom. maxill. super. und Arcus zygom. zusammenstossen, mit Erfolg unternommen hatte, 2) eine zweite Exostose befindet sich an der protub. mental. sin. mandib., 3) eine weitere Exostose am rechten Stirnbein, von der behaarten Kopfhaut bedeckt.

Pat. giebt an, seit etwa 1/2 Jahre taub geworden zu sein und zeigt 4) einen Tumor, der bis zur äusseren Oeffnung des linken äusseren Gehörganges reicht. Derselbe, mit normaler Cutis überzogen, stellt unzweifelhaft eine Exostose dar. Er verstopft die Ohröffnung hermetisch, so dass man an keiner Stelle auch nur mit einer Borste zwischen ihn und die Gehörgangswand eindringen kann. Das Gehör ist für Luftleitung aufgehoben, Knochenleitung gut. Der Schall der auf die Mittellinie des Scheitels aufgesetzten Stimmgabel wird nach links verlegt, der Rinne fällt negativ aus. Es besteht geringe Schmerzhaftigkeit des linken Ohres. Die Insertion der Exostose genau zu ermitteln, war natürlich unthunlich, doch nahm ich als wahrscheinlich an, dass sie der hinteren oberen Gehörgangswand aufsitze. Ausserdem war die ganze linke Gesichtshälfte atrophisch, und es bezog sich diese Atrophie nicht nur auf die Weichtheile, sondern auch auf die Knochen.

Ich rieth an, zunächst die Ohrmuschel und den knorpeligen Gehörgang abzupräpariren, den letzteren an seiner Verbindung mit dem knöchernen Gehörgange zu durchschneiden und nach vorn zu klappen, um so Klarheit über den Sitz der Geschwulst zu erhalten und dieselbe mit dem Meissel zu entfernen. Der erste Theil der Operation verlief programmmässig, um so mehr Ueberraschungen bot der zweite Theil. Als nämlich die Muschel nach vorn geklappt war, sah man, dass ausser der von aussen sichtbaren Exostose noch eine zweite bestand, und, als das Gewebe weiter fortpräparirt wurde, zeigte sich auch noch eine dritte. Die 3 Exostosen sassen mehr minder breitbasig der hinteren oberen Gehörgangswand auf und erstreckten sich vom Beginn des knöchernen Gehörganges bis dicht an den Annulus tympanicus. Es wurde nun die ganze hintere obere Gehörgangswand abgemeisselt, und so das Ihnen vorgelegte Präparat, welches die 3 Exostosen trägt, gewonnen. In der Tiefe der Wunde befand sich nur wenig krümeliger Eiter. Nach Reposition und Annähung der Muschel legte College Karewski auf meinen Rath ein ziemlich dickwandiges, bis dicht an's Trommelfell reichendes Drainrohr, wie dies Stacke bei seiner Operation gerathen hat. Die Heilung erfolgte per primam, und die Otorrhoe versiegte bald unter antiseptischen Ausspülungen. Bei der am 12. September vorgenommenen Untersuchung sah ich deutlich an der hinteren oberen Circumferenz des Gehörganges die Narbe, jedoch war keinerlei Strictur vorhanden. Der Gehörgang ist in toto erweitert. Im Trommelfell befindet sich eine herzförmige Narbe. Gehör mässig herabgesetzt.

Was mich zur Veröffentlichung dieses Falles bewog, war hauptsächlich die Coincidenz von Gehörgangsexostose mit multipler Exostosenbildung am Schädel und Hemiatrophia faciei, eine Combination, welche meines Wissens in der Literatur noch nicht beschrieben wurde und auch von Steinbrügge in seiner jüngst erschienenen vortrefflichen pathologischen Anatomie des Gehörorganes nicht erwähnt wird. Es zeigt dieses Zusammentreffen meines Erachtens, dass, wenn auch in unserem Falle langjährige Otorrhoe bestanden hatte, diese doch höchstens also ein begünstigendes Moment für die Exostosenbildung angesehen werden kann, während die eigentliche Aetiologie auch hier dunkel bleibt, wenn wir nicht die Scrophulose als eine Folge hereditärer Lues auffassen wollen, welche letztere Toynbee als ätiologisches Moment der Exostosenbildung anspricht.

Ich bin geneigt, aus dem gleichzeitigen Auftreten der Ohrexostose mit anderen Exostosen am Schädel zu schliessen, dass erstere und die chronische Otorrhoe nur verschiedenartige Aeusserungen derselben trophischen Störungen darstellten und nur zufällig neben einander auftraten.

Das Vorkommen von Exostosen im jugendlichen Alter ist ebenfalls nicht ganz häufig; so fand Bezold in seinen bekannten Schuluntersuchungen nie Exostosen, und Wagenhäuser war erstaunt, bei einem 17jährigen Jüngling eine solche zu constatiren.

Das jüngste Individuum, welches Exostosenbildung darbot, war ein 4jähriges, von Field beobachtetes Mädchen.

Das Auftreten von mehreren Exostosen in einem Ohre ist, wenn auch nicht gerade häufig, so doch einige Male beschrieben; ob in diesen Fällen die einzelnen Exostosen eine so erhebliche Grösse erreichten, wie in unserem Falle, erscheint mir zweifelhaft.

Die microscopische Untersuchung unserer Geschwulst habe ich nur deshalb noch nicht vorgenommen, um Ihnen das Präparat unverletzt vorlegen zu können.

Bericht
über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halie a. S. 1891.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

In Folge der trefflichen Vorkehrungen, welche von Seite des einführenden Vorsitzenden unserer (20.) Section, des Geheimrath Professor Dr. Schwartze, getroffen wurden, war die Betheiligung an den Verhandlungen eine rege und nur der musterhaften Leitung unserer Sitzungen ist es zuzuschreiben, dass die Tagesordnung in drei Sitzungen vollkommen beendet wurde.

In die Präsenzliste hatten sich die folgenden Theilnehmer der Section eingetragen:

Prof. Barth (Marburg), Dr. Becker (Dresden), Dr. Beckmann (Heidelberg), Dr. Boek (Magdeburg), Dr. Brieger (Breslau), Dr. Christinnek (Brandenburg), Dr. Davidsohn (Berlin), Dr. Grunert (Halle a. S.), Prof. Habermann (Graz), Dr. Hecke (Breslau), Privatdocent Hessler (Halle a. S.), Dr. Heuermann (Bremen), Dr. Jacoby (Magdeburg), Dr. Jankau (Strassburg i. E.), Dr. Joël (Gotha), Dr. Kaufmann (Hamburg), Dr. Kayser (Breslau), Prof. Kiesselbach (Erlangen), Dr. Koch (Braunschweig), Dr. Krakauer (Berlin), Dr. Kretschmann (Magdeburg), Privatdocent Lemcke (Rostock), Dr. Loewe (Berlin), Dr. Ludewig (Hamburg), Privatdocent Moldenhauer (Leipzig), Dr. Nager (Luzern), Sanitätsrath Pagenstecher (Wiesbaden), Dr. Panse (Halle a. S.), Dr. Preul (San Franzisko), Dr. Reinhard (Duisburg), Dr. Robitz (Leipzig), Dr. Rohden (Halberstadt), Dr. Scheibe (München), Privatdocent Schmiegelow

(Copenhagen), Dr. Schubert (Nürnberg), Geheimrath Prof. Schwartze (Halle a. S.), Privatdocent Siebenmann (Basel), Dr. Spuhn (Crefeld), Dr. Stacke (Erfurt), Dr. Stimmel (Leipzig), Dr. Szenes (Budapest), Dr. Truckenbrod (Hamburg), Dr. Ulrichs (Halle a. S.), Professor Wagenhäuser (Tübingen), Prof. Walb (Bonn).

Die Herren Prof. Gruber (Wien), Dr. Katz (Berlin) und Prof. Zaufal (Prag) haben ihr Verhindern an der Theilnahme angezeigt, wodurch die von ihnen angekündigten Vorträge wegblieben.

Desgleichen wurden die angekündigten Vorträge der Herren Professor Guye (Amsterdam): „Zwei geheilte Fälle von Bezold'scher Perforation des Antrum, deren einer mit Retropharyngealabscess", Dr. Jankau (Strassburg i. E.): „Untersuchungs-Resultate mit Stimmgabeln und Otoscop bei Hemiatrophia facialis progressiva", Dr. Kafemann (Königsberg i. Pr.): „Ueber einige neue Borverbindungen, vergleichende Beobachtungen bei 150 Otorrhoeen", nicht gehalten.

I. Sitzung am 21. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Geheimrath Prof. Schwartze (Halle a. S.).

1) Prof. Kiesselbach (Erlangen): Ueber die Uebereinstimmung der galvanischen Reaction bei Auge und Ohr.

Um die Gesetzmässigkeit der am Ohre durch den galvanischen Strom erzeugten Erscheinungen nachzuweisen, ist es nothwendig, die Erscheinungen am Ohre mit der Reaction der anderen Sinnesnerven zu vergleichen, besonders mit der des Sehnerven, welch' letzterer auch in den Nebenerscheinungen die meiste Uebereinstimmung zeigt.

Bei der Untersuchung des geschlossenen Auges entsteht durch An-Wirkung Erhellung des Gesichtsfeldes mit violettem Schimmer, es werden also alle Fasern des Sehnerven erregt, besonders aber diejenigen, welche die Perception der kürzesten (höchsten) Lichtschwingungen vermitteln. Bei Ka-Wirkung entsteht dagegen eine Verdunkelung des Gesichtsfeldes, bei manchen Menschen mit röthlichem Schimmer, so dass man hier eine Herabsetzung der Erregbarkeit für alle Fasern des Sehnerven erhält, von welcher jedoch die Fasern, welche die Perception der längsten (tiefsten) Schwingungen vermitteln, am wenigsten betroffen werden. — Macht man denselben Versuch bei offenen Augen im leicht verdunkelten Zimmer, so findet man, dass bei Ka-Wirkung die Schatten dunkler werden und die Umrisse der im Zimmer befindlichen Gegenstände undeutlich verschwommen erscheinen; bei An-Wirkung werden die Schatten heller, die Umrisse der Gegenstände deutlicher. Die dabei auftretenden Farbenerscheinungen beobachtet man am leichtesten bei Betrachtung einer im Schatten auf dunkler Unterlage liegenden Silbermünze. Dieselbe erscheint bei Ka-Wirkung undeutlich, schmutzig rothbraun, bei An-Wirkung erscheinen Umrisse und Gepräge scharf, wie mit (leicht violettem) Licht übergossen.

Beim Ohre ist die Reactionsformel schwieriger aufzufinden, da bei vielen gehörgesunden Personen gar keine Reaction eintritt, bei anderen nur einzelne Theile der vollständigen Formel zu beobachten sind. Am häufigsten findet man bei An-Wirkung (von der Stirne aus) ein helles hohes Klingeln, welches aus den höchsten hörbaren Tönen besteht,

und somit dem Auftreten violetten Lichtes im Auge bei An-Wirkung entspricht. Bei Ka-Wirkung werden von manchen Menschen tiefe Töne gehört, analog dem Auftreten röthlichen Schimmers im Auge. — Dass der galvanische Strom aber nicht nur auf die Fasern für höchste und tiefste Töne wirkt, sondern dass bei An-Wirkung auch die Fasern für mittlere Töne erregbarer, bei Ka-Wirkung weniger erregbar werden, analog der Erhellung und Verdunkelung des Gesichtsfeldes, geht daraus hervor, dass bei An-Wirkung von manchen Menschen der objective, dem Eigenton des Ohres entsprechende Ton (4—5gestrichene Octave) gehört wird, während durch Ka-Wirkung gewisse Ohrgeräusche zum Verschwinden gebracht werden. Es ist daher das hohe Klingeln immer als rein subjective Erscheinung anzusehen, während das Hören des Eigentones sowohl auf stärkerer Erregbarkeit des Hörnerven als auch auf einer Verstärkung des Eigentones (durch stärkere Blutzufuhr) beruhen kann.

Nach Kiesselbach entstehen die durch Stromschwankungen verursachten Licht- und Klangblitze auf indirecte Weise. Sie entstehen nur dann, wenn durch die Stromschwankungen Muskelcontractionen entstehen, und sind daher beim Auge den Druckphosphenen analog; beim Ohre entstehen sie durch die Contraction des Tensor tympani, wodurch ja auch beim Gähnen dieselbe Erscheinung hervorgebracht wird. Die frühere Ansicht, dass eine nur momentane Einwirkung im Sinnesnerven selbst eine subjective Empfindung hervorrufe, lässt sich nicht mehr halten, denn die Hauptstütze dieser Ansicht, dass nämlich beim Durchschneiden des Opticus immer eine Lichtempfindung auftrete, ist durch neuere Beobachtungen widerlegt.

Zum Schlusse demonstrirt Kiesselbach an Zeichnungen, wie durch die virtuellen Pole die Einwirkungsart des galvanischen Stromes bestimmt wird, so dass die Erscheinungen, welche beim Auge durch den aufsteigenden Strom hervorgerufen werden, denjenigen entsprechen, welche beim Ohre durch den absteigenden Strom erzeugt werden und umgekehrt.

2) Dr. Brieger (Breslau): Ueber Mittelohrerkrankungen bei Lupus der Nase.

Nur vereinzelte Angaben über das Auftreten von Mittelohr-Erkrankungen bei Lupus nasi finden sich in der Literatur, und nur ein histologischer Befund von Gradenigo stellt die Thatsache fest, dass Lupus auf dem Wege der Tube sich nach dem Mittelohr ausbreiten kann. — Brieger hat in 21 Fällen von Lupus der Nase nur 3mal vollkommen normalen Ohrbefund eruirt, in der weitaus überragenden Mehrzahl der Fälle dagegen Veränderungen beobachtet, welche zum Theile mit dem Bilde des gewöhnlichen Mittelohrcatarrhs oder der Mittelohreiterung übereinstimmten, zum Theile aber solche Eigenthümlichkeiten zeigten, dass die Annahme eines specifischen Prozesses nahe gelegt wurde. In einem Falle nur konnte durch den Nachweis von Tuberkelbacillen in dem der Paukenhöhle entnommenen Secret die tuberculöse Natur der Erkrankung festgestellt werden. In den Fällen, für welche die Annahme eines specifischen, der Erkrankung der Nasenschleimhaut analogen Prozesses im Bereiche des Mittelohres aufgestellt wurde, bestanden fast durchwegs Lupus-Heerde im Cavum nasopharyngeum.

Discussion:

Prof. Schwartze erwähnt auf der Hallenser Ohrenklinik einen Fall mit Lupus der Nasenspitze beobachtet zu haben, welcher sich gegen alle Medication rebellisch zeigte; später war eine Otitis media suppurativa mit Caries des Warzenfortsatzes aufgetreten und ein halbes Jahr darauf führte eine Lungentuberculose zu letalem Ausgange. Bei der Necroscopie zeigte sich die tuberculöse Erkrankung an mehreren Organen, jedoch die Nasen- und Nasenrachenschleimhaut war auffallender Weise intact geblieben.

3) Dr. Truckenbrod (Hamburg): Ein operativ geheilter Hirnabscess nach Otitis media.

Truckenbrod's Fall betrifft einen 54jährigen Patienten, welcher in Folge von Influenza an einer linksseitigen Otitis media acuta erkrankt war; nebst einer folliculären Angina war ein Furunkel im äusseren Gehörgange aufgetreten und von letzterem aus fand eigentlich die Infection der Paukenhöhle statt. Da sich das Exsudat der Paukenhöhle nicht zurückbilden wollte, wurde nach 8 Tagen die Paracentese des Trommelfells gemacht. — Im weiteren Verlaufe der Krankheit war das Fieber nicht characteristisch; die höchste Temperatur war 38,9. Doch stellte sich bald bei dem Patienten ein verändertes Wesen ein, indem er schwatzhaftig wurde; es trat eine Parese des rechten Facialis auf, ferner stellten sich ein: Zuckungen im rechten Arme, Schwäche des rechten Armes, ausserdem sensorische Aphasie, complete Alexie, Agraphie und Anarhythmie; am Auge war keine Muskelstörung zu beobachten, ebenso war auch der Augenhintergrund normal. Auch bestand kein Schwindel, kein taumelnder Gang, kein Erbrechen, keine Pulsverlangsamung, keine Anästhesie, kein Temperaturunterschied zwischen rechts und links, ebenso waren auch die Patellar- und Scrotalreflexe erhalten. Es bestand constanter, auf die linke Schläfe beschränkter, äusserst heftiger Kopfschmerz.

Aus den erwähnten Symptomen wurde die Diagnose auf Abscess im linken Schläfenlappen gestellt. Operation: Aufmeisselung des linken Warzenfortsatzes, Wegmeisselung des Tegmen antri; in circa 4 Ctm. Ausdehnung, zwischen Dura und Gehirn, frische entzündliche Adhäsionen, Durchtrennung der Häute; Einstechen der Spritze nach innen vorn und oben, wobei der Abscess getroffen wurde; breite Incision des Abscesses mit dem Messer, Einlegen eines Drainrohres, Verband. Vollkommene Heilung in drei Wochen.

Discussion:

Prof. Schwartze bemerkt in seinen eingehenden Erörterungen, dass die Gefahr der Operation eines Gehirnabscesses bei dem heutigen Stande der chirurgischen Technik kaum in Betracht gezogen werden kann, da auch solche Fälle veröffentlicht wurden, wo die Schädelhöhle, ohne jede schlimme Folgen, selbst an mehreren Stellen eröffnet wurde. Doch um so schwieriger ist die Diagnose, speciell aber den Sitz des betreffenden Abscesses genau zu bestimmen.

II. Sitzung am 22. September, Vormittags.

Vorsitzender: Sanitäts-Rath Pagenstecher (Wiesbaden).

4) Prof. Habermann (Graz): Ueber Erkrankung des Gehörorgans in Folge von Tabes dorsalis.

Neben einer grösseren Anzahl klinischer Beobachtungen über Erkrankung des Gehörorgans in Folge von Tabes dorsalis existiren keine, in denen auch pathologisch-anatomische Veränderungen des Gehörorganes nachgewiesen wären.

Habermann berichtet über einen Fall, in dem er bei einer 52jähr. Frau, bei welcher 12 Jahre vor dem Tode als erstes Symptom der Tabes im Verlaufe einiger Monate Taubheit aufgetreten war und wo er 4 Wochen vor dem Tode noch die Gehörorgane untersuchen konnte; er fand nur noch das Gehör für die c-Stimmgabel erhalten, im Uebrigen aber vollständige Taubheit. Die Kranke selbst klagte über Summen in den Ohren seit ihrer Erkrankung und hatte keinen Schwindel.

Bei der Untersuchung der Schläfebeine fand sich eine nahezu vollständige Desorganisation des Ramus cochleae, der nahezu ganz durch Bindegewebe ersetzt war, in dem zahlreiche kleine Corpora amylacea eingelagert waren, und ziemlich hochgradige Degeneration des Ramus vestibuli. In der Schnecke fand sich mit Ausnahme von einzelnen Nervenfasern und Ganglienzellen, die in der basalen Windung erhalten waren, im rechten Ohre ein Nervenbündel in der Spitzenwindung erhalten, und daselbst war auch das Corti'sche Organ allein noch schön erhalten. In den Nerven des Vorhofs und der Bogengänge war ein grosser Theil der Nervenfasern geschwunden, ein anderer aber erhalten. Die Degeneration der Nervi acustici lässt sich bis zu den Kernen in der Medulla oblongata verfolgen, letztere selbst waren aber intact. Diese Beobachtung ist ein Mal deshalb bemerkenswerth, weil sie den ersten anatomischen Nachweis einer Erkrankung des inneren Ohres in Folge von Tabes bildet, und dann auch, weil sie wirklich Etwas mit zur Klärung des Dunkels, der bisher über die physiologische Function der Theile des inneren Ohres herrscht, beitragen kann.

5) Dr. Scheibe (München): Ein Fall von hochgradigem Nervenschwund in sämmtlichen Windungen der Schnecke.

Scheibe demonstrirt Schnitte durch das linke Felsenbein eines 61jährigen, sehr schwerhörig gewesenen Arztes, dessen doppelseitige Schwerhörigkeit ganz allmählig 23 Jahre vor dem Tode begonnen hatte.

In dem sonst intacten Mittelohr liess sich durch Einsetzen eines Manometerröhrchens in den oberen halbcirkelförmigen Canal eine auf den Steigbügel isolirte Beweglichkeitsverminderung constatiren. Trotzdem kann microscopisch am enthaltenen Präparat eine deutliche Veränderung der Steigbügel-Vestibularsymphyse nicht gefunden werden.

Bei der Untersuchung des Labyrinths in Serienschnitten findet sich vollständiger Schwund des Nerven — nur vereinzelte Fasern sind erhalten —, gleichmässig in sämmtlichen Windungen der Schnecke, geringer im Nerven für den oberen Bogengang; die restirenden Nervenfasern sind normal.

Die Schnecke weist ausserdem alte, abgelaufene destructive und Neubildungsvorgänge auf, welche auffälliger Weise am meisten in

der Spitzenwindung ausgesprochen sind und hier auch das Knochengerüst ergriffen haben.

Es muss dahingestellt bleiben, ob die letzteren Veränderungen die Folge einer 6 Jahre vor dem Beginn des Ohrenleidens durchgemachten Basilarmeningitis sind, oder eines 10 Jahre vor dem Tode aufgetretenen Knochenleidens — Osteopsathyrosis — in den Extremitäten und Osteomalacie in den Wirbeln und in den spongiösen Knochen des Schläfebeins. Vielleicht steht der Nervenschwund mit diesen Veränderungen, vielleicht mit dem Morphinismus in Zusammenhang, an dem Patient schon Jahre lang vor Beginn der Schwerhörigkeit litt.

(Fortsetzung folgt.)

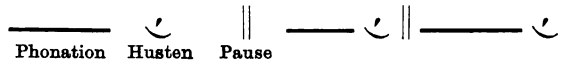
Nervöser Kehlkopfhusten bei einem 11jähr. Jungen.

Von

Dr. **Lothar Linkenheld** in Wiesbaden.

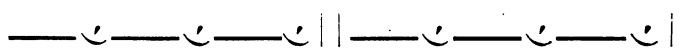
Im August 1889 überwies mir ein hiesiger College E. einen Jungen zur Untersuchung und eventuellen Behandlung, bei dem wegen eines seit längerer Zeit bestehenden nervösen Hustens bis jetzt alle hierfür üblichen Mittel vergeblich angewendet worden waren.

Es war ein auffallend anämisch aussehender Junge (K. W. aus Wiesbaden), von Hause aus nervös belastet, der besondere Erkrankungen früher nicht durchgemacht haben soll. Auffallend oft soll er an Heiserkeit und trocknem, rauhen Husten gelitten haben, dieser Husten sei aber ganz verschieden von dem jetzt bestehenden gewesen. Anfang Januar 1888 sei nach einer Erkältung wieder einmal der gewöhnliche Husten aufgetreten, sei aber bald in eine so eigenthümliche Form übergegangen, dass die Eltern, ängstlich geworden, ihren damaligen Hausarzt zu Rathe zogen. Dieser neue Husten habe darin bestanden, dass Patient von Morgens früh bis Abends spät, nur unterbrochen durch Schlaf und Essen, einen lauten, krächzenden Ton (ähnlich dem Blöken der Schafe) mit darauf folgendem kurzen, bellenden Husten ausgestossen habe, etwa nach folgendem Schema:



Phonation Husten Pause

Der damalige Hausarzt, Herr College H. von hier, theilte mir mit, dass der Husten so laut gewesen sei, dass er den Patienten schon auf der Strasse husten hörte, wenn derselbe noch auf dem Wege zu seiner Wohnung war. In der Annahme, dass es sich um einen nervösen Husten handelt, habe er Narcotica und Nervina angewendet, jedoch ohne jeden Erfolg. Auf seinen Rath hin sei dann von jeder Medication Abstand genommen worden. Der Husten habe später, wie mir die Eltern des Pat. mittheilten, in der Art sich gebessert, dass die freien Pausen länger wurden, dass aber die einzelnen Phonations-Hustenstösse häufiger hintereinander auftraten.



Indem dann die Pausen immer länger, die Phonations-Hustenstösse immer häufiger wurden, habe sich schliesslich der Modus herausgebildet, dass Patient des Morgens beim Ankleiden, des Mittags während des Mittagsmahles und des Abends vor dem Schlafengehen hustete. Dieser Husten dauerte ohne Unterbrechung eine volle Stunde, die dazwischenliegende Zeit war hustenfrei. Eigenthümlich sei damals gewesen, dass die Hustenstösse, die früher ausserordentlich laut, jetzt kaum hörbar geworden, wodurch die Phonationsstösse mehr zur Geltung gekommen seien.

Der Schulunterricht, der bisher unmöglich war, sollte jetzt wieder aufgenommen werden, es musste aber von diesem Vorhaben alsbald wieder Abstand genommen werden, als sich zeigte, dass die Hustenanfälle jetzt auch auftraten, wenn der Junge lesen, schreiben, rechnen oder singen sollte.

Diese atypischen Anfälle, wenn ich sie so nennen soll, hielten auch eine volle Stunde an und unterschieden sich nicht von den typischen, die ausserdem in gewohnter Weise auftraten.

Von einem Schul- oder Privatunterricht musste natürlich unter solchen Umständen Abstand genommen werden.

Aber auch auf andere Veranlassung hin, z. B. durch Erschrecken, soll der Husten damals aufgetreten sein, so unter Anderem einmal, als seine Mutter zufällig einen Teller in seinem Beisein habe fallen lassen.

Der Junge, der früher gern in der Gesellschaft seiner Altersgenossen spielte und sich durch grosse Wildheit auszeichnete, habe seit seiner Erkrankung jede Spielgesellschaft gemieden und grosse Theilnahmlosigkeit an den Tag gelegt.

Herr College E., der dann später die Behandlung des Knaben übernahm, versuchte, ebenfalls mit negativem Erfolge, den galvanischen, dann den faradischen Strom, später Arsen, Eisen, Chinin und kalte Begiessungen im warmen Bade.

Als ich den Knaben zum ersten Male sah, war das Krankheitsbild folgendes: Der Junge, von mittlerer Grösse, anämischem, schlaffen Aussehen, hat einen intelligenten, etwas verschmitzten Gesichtsausdruck. Der Kopf, schmal und lang, zeigt am linken Stirnhöcker eine Hervorwölbung, die schon von jeher bestanden haben soll, (die Eltern entsinnen sich nicht eines etwa vorausgegangenen Trauma's).

Die Untersuchung der inneren Organe ergab nichts Abnormes. Ausser einem mässigen Rachen-Kehlkopfcatarrh war eine Vergrösserung der Rachenmandel zu constatiren, mehr der Fläche nach, die Choanen nicht überragend. Die Nasenathmung wurde durch dieselbe nicht behindert, ebensowenig der Klang der Sprache.

Durch Betasten der verschiedensten Stellen der Schleimhaut der Nase, des Nasenrachenraumes, Pharynx und Kehlkopfs mit der Sonde konnten keine Hustenanfälle hervorgerufen werden. Ebensowenig durch Druck auf die verschiedenen übrigen Körpertheile. Die Hustenanfälle traten zur Zeit nur noch 2 Mal täglich auf, des Morgens beim Ankleiden und des Mittags während des Essens, bestanden nur noch aus langgezogenen Phonationen, ohne den früher darauffolgenden kurzen Hustenstoss.

Um nun einen Anfall zu beobachten, gab ich dem Jungen eine Zeitung mit der Aufforderung, laut darin zu lesen. Nachdem er etwa

6 Worte gelesen hatte, liess er das Blatt sinken, der Kopf wurde im Nacken etwas gebeugt, es erfolgte eine tiefe langgezogene In- und Exspiration, und dann wurden unaufhörlich Phonationslaute ausgestossen, die grosse Aehnlichkeit hatten mit dem ae, das wir die Patienten beim Laryngoscopiren phoniren lassen, nur war dieser Laut etwas tiefer. Mit jeder Phonation trat gleichzeitig eine Zuckung im rechten Facialisgebiete auf.

Während des Laryngoscopirens oder wenn man den Knaben Wasser trinken liess, sistirte der Anfall, um nach Beendigung dieser Manipulation sofort wieder aufzutreten. Sondenberührung der Schleimhäute der Nase, des Nasenrachenraums, Rachens und Kehlkopfs beeinflussten den Anfall nicht, ebensowenig Insufflationen der verschiedensten Pulver in die Nase, Nasenrachenraum und Pharynx, dagegen sistirte der Anfall sofort durch Insufflation eines indifferenten Pulvers in den Kehlkopf. Um einen neuen Anfall hervorzurufen, musste man den Knaben wieder lesen lassen. Da ich derartige Kehlkopfinsufflationen nicht von der Mutter des Pat. vornehmen lassen konnte zur Coupirung des jemaligen Anfalles, so suchte ich nach anderen Mitteln, und kam schliesslich auf die Lucae'sche trockene Nasendouche, die prompt jeden Anfall coupirte. Die Mutter wurde in der Handhabung dieses Verfahrens unterrichtet und ihr aufgetragen, sobald der Anfall sich zeige, sofort dasselbe anzuwenden.

Von jeder Medication wurde Abstand genommen und nur eine strenge, regelmässige Lebensweise, leichte Kost, viel Aufenthalt im Walde, kalte Abreibungen und kleine Dosen Cognac verordnet.

Von dem damaligen Assistenten der Pagenstecher'schen Augenklinik liess ich noch die Augen untersuchen, und war der College so liebenswürdig, mir folgenden Befund mitzutheilen: „Drückt man während des Ophthalmoscopirens mit dem Finger leicht auf den Bulbus, so tritt sofort Venenpuls und Arterienpuls auf, bei stärkerem Druck sogar vollständiger Krampf der Arterien, so dass schliesslich eine absolute Ischämie auftritt, die beim Nachlassen des Druckes sofort wieder aufhört. Es ist dieses eine Erscheinung, die bei hysterischen Personen oft beobachtet wird und ihre Erklärung in der vasomotorischen Reizbarkeit findet, die solchen Personen eigen ist."

An einem der folgenden Tage erschien der Junge wieder und theilte mir mit, dass er die Anwendung der Luftdouche selbst erlernt habe und mit promptem Erfolg bei den atypischen Anfällen verwende, dass bei den typischen dagegen dieselbe ohne Erfolg sei. Auch der von mir verordnete Cognac soll diesen Einfluss auf die Anfälle ausgeübt haben, so dass später die Luftdouche ganz überflüssig wurde.

Der Junge blieb dann aus, ich erfuhr nur, dass ein hiesiger Electrotherapeut sich noch vergeblich mit dem Magneten bei ihm versuchte.

Auf Erkundigungen hin, die ich nach dem weiteren Schicksale des Patienten einzog, erfuhr ich (vor einem Monate las ich es auch in einer hiesigen Zeitung), dass der Junge auf merkwürdige Weise geheilt worden sei. Als nämlich im Mai 1890 das hiesige Volksbrausenbad eröffnet wurde, nahm auch der Patient ein solches Bad. In der Meinung, den Hahn zur warmen Douche aufzudrehen, öffnete er aus Versehen den für die kalte Douche. Durch das nun niederströmende kalte Wasser sei der Knabe so erschrocken, dass er halb ohnmächtig nach Hause gebracht

werden musste. Dort soll er sich aber sehr rasch wieder erholt haben, und seit jener Zeit sollen sowohl die typischen wie atypischen Anfälle für immer aufgehört haben. Dieser Sachverhalt wurde bei weiterer Nachforschung bestätigt.

Ich liess mir Anfangs October 1890 den Knaben nochmals kommen und konnte constatiren, dass sich der frühere objective Befund nicht geändert hatte, dass aber das Aussehen des Knaben ein besseres und gesünderes geworden war. Weder durch Lesen-, Schreiben-, Rechnen- oder Singenlassen, noch durch anderweitige Manipulationen konnte ein Anfall hervorgerufen werden.

Derartige Fälle, wenn auch etwas anderen Characters, sind vielfach beschrieben unter dem Namen „nervöser Kehlkopfhusten, Chorea laryngis", unter welchem Namen man bekanntlich einen Husten versteht, dem keine anatomisch nachweisbare Veränderungen im Respirationsapparate, sondern eine gesteigerte Reflexthätigkeit (periphere Ursache) oder eine Erkrankung des Centralnervensystems (centrale Ursache) zu Grunde liegt. Derselbe zeichnet sich durch einen eigenthümlichen acustischen Beiklang aus und tritt gewöhnlich in zwei verschiedenen Arten auf, entweder continuirlich, durch kurze rhythmische Hustenstösse sich auszeichnend, oder paroxysmenartig. Die erste Form tritt gewöhnlich bei jugendlichen Individuen im Alter von 7—15 Jahren auf, hat einen milderen Character wie die zweite Form und ist gewöhnlich von choreaartigen Zuckungen der Gesichtsmuskeln begleitet, weshalb Schrötter diese Form auch „Chorea laryngis" genannt hat.

Fast allen derartigen Erkrankungen liegt Hysterie zu Grunde. Auch in unserem Falle muss eine ererbte hysterische Erkrankung des Centralnervensystems als Krankheitsursache angesehen werden, durch die entweder spontan oder durch directen Reiz (Schrecken, geistige Anstrengung) die Hustenanfälle ausgelöst wurden. In diesem ätiologischen Momente mag ebenso die Eigenartigkeit des Hustens, in zwei verschiedenen Arten aufzutreten, so dass zuerst die eine, die continuirlich rhythmische, und aus dieser allmählig die zweite Form, die paroxysmenartige, entstand, seine Erklärung finden, wie das Abweichende von der gewöhnlichen Weise, dass hier die continuirlich rhythmische Form sich durch ganz besondere Heftigkeit auszeichnete.

Was nun die definitive Heilung unseres Falles betrifft, so ist dieselbe gewiss recht eigenartig, kann jedoch insofern nicht allzu sehr verwundern, wenn man bedenkt, unter welchen absonderlichen therapeutischen Maassregeln ausgesprochene Hysteriefälle oft zu heilen pflegen.

Berichtigung

zu dem Aufsatz: **„Ueber Resection des Septum narium"**
von Dr. med. Cholewa in Berlin.

In No. 9, 1891 dieser Monatsschrift berichtet Herr Dr. Cholewa über seine Methode, das Septum narium zu operiren, wobei er mehrfach Beziehung nimmt auf meine Arbeiten*) über denselben Gegenstand in einer Weise, dass ich unmöglich dazu schweigen kann. Aus einer Reihe von verworrenen Unrichtigkeiten und Entstellungen greife ich die zwei hauptsächlichsten heraus. Die wichtigste erscheint mir die Behauptung:

„Der Unterschied zwischen meiner Operationsmethode und der von Krieg vorgeschlagenen besteht also darin, dass ich nicht allein die Deviation der Knorpelplatte, sondern auch die Deviation der daran schliessenden Knochenlamelle zu beseitigen suche und mich zu diesem Zweck eines Meissels und Hammers bediene."

Ich kann gegen diese mein ganzes Verfahren in gewissen Fällen als geradezu werthlos discreditirende Entstellung mich nicht besser verwahren, als durch Anführung meiner eigenen Worte: in meinen beiden Aufsätzen habe ich meine Grundsätze bei der Resectio septi narium in 5 mit gesperrter Schrift gedruckten Thesen zusammengefasst. Davon lautet die 2. und 3. folgendermaassen:

„2) Da vor Beendigung der Operation nie sicher entschieden werden kann, wie weit rückwärts die Verengung sich erstreckt, kann nie von vornherein die hintere Grenze des auszuschneidenden Knorpelfensters bestimmt werden:

Die Basis des zungenförmigen Knorpellappens muss also nothwendig nach hinten gelegt werden.

3) In den meisten Fällen ist mit Entfernung eines wenn auch noch so grossen Knorpellappens die Operation noch nicht beendigt, vielmehr muss als zweiter Akt das meist immer noch verengende Septum mit Scheere und Kornzange soweit zurückgeschnitten werden, bis voller Luftstrom durchgeht .... Noch deutlicher spricht dafür Fall VIII, wo ich nicht einmal vor dem Knochen Halt gemacht habe."

Wenn aber das noch nicht genügen sollte, so führe ich noch den Schlusssatz meines ersten Aufsatzes (l. c. pag. 211) an:

„Ich fasse nun die Eigenthümlichkeiten des beschriebenen Operationsverfahrens noch einmal zusammen: Es wird mit Wahrung der Continuität des Sept. ein Knorpellappen gebildet mit der Basis nach hinten, welcher als Handhabe, als Führer in die Tiefe zu dienen hat. Das Verfahren passt für jeden, auch den tiefsten Sitz, und hat auch vor hochgradiger knöcherner Verbiegung des Vomer und der Lamina perpendicularis nicht Halt zu machen nöthig ...."

Ferner heisst es in der Operationsschilderung Fall 8:

„Da das Hinderniss die ganze Höhe des Septum einnimmt und sich weit nach hinten erstreckt, sehr viel Knorpel entfernt, nämlich eine Platte von 3,5 Ctm Höhe, 3,0 Ctm. Tiefe, und nachher noch 5 Knochenstücke, worauf erst genügender Luftdurchgang."

und wem auch das noch nicht genügt, den verweise ich auf die dortige lithographische Abbildung der Knochenstücke in Fig. 8d.

---

*) „Resection der Cartilago quadrangularis septi narium zur Heilung der Scoliosis septi", Med. Corr.-Bl. des Württ. ärztl. Landesvereins 1886, No. 26 und 27, und „Beiträge zur Resection der Cart. quadrang. nar. etc.", Berl. klin. Wochenschrift No. 31, 1889.

Nach diesen sonst unbegreiflichen Widersprüchen möchte man gern zu ihrer milderen Beurtheilung auf den Gedanken kommen, dass Herr Cholewa meine Aufsätze nur nach ihrer Ueberschrift kennt, dann hätte er sich aber eben eines Urtheils über ihren Inhalt enthalten müssen. Jener Titel lautet nämlich beide Mal „Resection der Cartilago quadrangularis". Das hat aber seinen Grund darin, dass die Erfahrungen aller maassgebenden Autoren und Practiker dahin gehen, dass in den meisten Fällen hochgradige Scoliosen auf den knorpeligen Theil sich beschränken, eine hochgradige Scoliosis des knöchernen Theils Ausnahme ist. Dass mein Verfahren aber auch für diese Ausnahmen passt, glaube ich bewiesen zu haben. Gerade die Forderung, dass eine Resectionsmethode allen Anforderungen entsprechen müsse, wie weit zurück auch die Scoliosis im Knorpel oder Knochen reiche, hat mich den Vorschlag von Peters abändern lassen, welcher der Erste gewesen ist, der die subperichondrale Resection des Knorpels vorgeschlagen hat. Wie ich früher Diesem die Priorität gewahrt habe, so lehne ich auch hier dieses Verdienst, welches Herr Ch. irrthümlicher Weise mir zuschreibt, ab, zum Beweis, dass mir nicht Prioritätenstreit die Feder in die Hand drückt.

Der zweite Theil des ersten Punktes, dass nämlich Herr Ch. zur Beweglichmachung des Knorpellappens neben dem Messer da und dort auch noch Meissel und Hammer gebraucht, ist doch wohl zu kleinlicher Natur, als dass man es eine neue eigene Methode nennen dürfte.

Nun zum zweiten Punkt: Herr Ch. sucht, um einerseits den Vorwurf eines Plagiats von sich abzuwälzen und andererseits, um sich zu rechtfertigen, dass er so spät, im April 1891, von Herrn Dr. Heymann auf meine Veröffentlichung aufmerksam gemacht werden musste, diesen Umstand damit zu erklären, dass meine „Arbeit (enthalten im Bd. XVI, 1886, No. 26 und 27 des med. Corr.-Bl. des württ. ärztl. Landesvereins) merkwürdiger Weise in keinem der jetzt üblichen Lehrbücher erwähnt ist und von den meisten Autoren auf diesem Gebiet persönlich kaum gelesen zu sein scheint", verschweigt also, dass meine zweite Arbeit nicht in einem provinzialen, sondern in dem Weltblatt Berliner klinische Wochenschrift veröffentlicht worden ist, hat ferner übersehen, dass meine Arbeiten schon 1889 in Schech's Lehrbuch Aufnahme gefunden haben, dass sie in unseren beiden Fachschriften: Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. im Jahre 1887 (pag. 291) und im Internationalen Centralblatt für Laryngologie etc. 2 Mal (nämlich im III. Jahrgang 1887, pag. 429, und im VI. Jahrg. 1889, pag. 597, wo auch auf die Aufnahme „des bekannten Verfahrens in die Lehrbücher" hingewiesen wird), zum Weiteren im Centralblatt für Chirurgie 2 Mal (1887 pag. 400 und 1890 pag. 158) referirt worden sind, hat endlich übersehen, dass W. Schutter (in dem Weekbl. von het Neederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 17, II. 1890) an der Hand von 9 Operationen die Krieg'sche Methode empfiehlt, worüber abermals unsere Fachzeitung, das Internat. Centralblatt für Laryngologie, Jahrgang VII, 1891, pag. 421, referirt, wahrlich eine wunderbare Unkenntniss der Fachliteratur!

Stuttgart, 13. October 1891. Dr. Krieg.

Zur „Erwiderung“ des Herrn Hansberg.*)

Von

Dr. **L. Grünwald** in München.

Herr Hansberg wird es mir hoffentlich ebensowenig übelnehmen, als die Leser dieser Monatsschrift, wenn ich den Ton seiner „Erwiderung“ nicht aufnehme. Es scheint ja heute fast obligat, in schriftlichen Discussionen eine Gereiztheit zu documentiren, wie dieselbe in so unmotivirter Natur glücklicher Weise mündlichen Debatten zu mangeln pflegt. Wenn auch Herr Hansberg gleich so vielen Anderen an dieser Mode Vergnügen findet, so wird man mir hoffentlich keinen Vorwurf daraus machen, dass ich dieselbe nicht mitmache, die Würdigung der auf mich zielenden Wendungen des Herrn H. dem Leser überlasse und dessen Urtheil nur insofern zu Hilfe zu kommen mich veranlasst sehe, als es nachfolgende thatsächliche Berichtigungen erfordern:

1) Herr H. citirt aus meinen „Bemerkungen“ zu seinem Aufsatz, es sei mir „wenigstens gelungen, bei 3 Nasenrachenpolypen von derselben Beschaffenheit wie der meinige (H.'s) war, in einer einzigen Sitzung den Tumor mit der galvanocaustischen Schlinge abzuschnüren“. Wer sich die Mühe geben will, meine „Bemerkungen“ in No. 6, 1891 d. Monatsschrift und meinen dort citirten früheren Aufsatz nachzuschlagen, wird finden, dass dieses Citat unrichtig ist, da ich nur davon gesprochen habe, dass mir die Anlegung der Schlinge um eben solche grosse Geschwülste, als H. sie schildert, gelungen ist (ohne Zahlenangabe, thatsächlich waren es 4, darunter ein juveniles Sarcom) und dass Middeldorpf schon früher 3 derartige Geschwülste mit der Schlinge glücklich operirt habe. Ich muss ausdrücklich hier auf den Wortlaut hinweisen, da in meinem früheren Aufsatz man leicht finden kann, wie mir der Versuch zur Exstirpation des Sarcoms wegen zu geringer Stärke des Accumulators nicht glückte und dasselbe vor Beginn weiterer Versuche spontan zu schrumpfen begann. Es handelte sich mir immer nur um den Nachweis, dass auch unter sehr schwierigen Umständen noch die Anlegung der Schlinge mit Hilfe des Bellocque'schen Röhrchens gelinge. Deshalb war es auch

2) kein „versteckter Vorwurf“, sondern eine offene Aufforderung an Herrn H. und die Leser dieser Monatsschrift, wenn ich ihn auf meine seinerzeitige Veröffentlichung dieses Verfahrens aufmerksam machte. Denn dasselbe ist

3) „unseren hervorragendsten Chirurgen“ nicht „schon längst bekannt“, sonst hätte ich dasselbe, das eben verschollen war, nicht erst wieder ausgraben müssen, da ich von neueren Schriftstellern nur bei Moldenhauer eine genügende Schilderung desselben fand, und z. B. Herr Prof. Schech, als dessen Assistent lange Jahre zu fungiren ich die Ehre hatte, dasselbe nicht kannte.

4) Ich habe die Operation in meinen „Bemerkungen“ nicht „so einfach“, ich habe sie daselbst überhaupt nicht geschildert, sondern nur in meinem von Herrn H. nicht gelesenen Aufsatz: „Zur Operationstechnik bei retronasalen Tumoren“, den ich in meinen „Bemerkungen“ citiren musste.

---

*) No. 8 dieser Monatsschrift 1891.

5) Ich „hege“ nicht nur „Zweifel daran“, dass der von Herrn H. operirte Nasenrachenpolyp als „typisch“ zu bezeichnen sei, sondern bestreite es direct. Ich will hier auf die mir zu Theil gewordene Vorlesung über Geschwulstcategorien nicht weiter eingehen, nur zu unserer Frage so viel:

Da das klinische Auftreten auch Herrn H. als maassgebend bei der Categorisirung erscheint, er selbst aber seinen Fall in dieser Beziehung als eine Ausnahme anerkennt, so ist derselbe eo ipso kein „typischer“, denn eine Ausnahme ist kein Typus, und mein Verlangen, diesen Fall bei der etwaigen Erwägung von Regeln für die „typischen“ juvenilen Geschwülste nicht in Betracht zu ziehen, dürfte gerechtfertigt erscheinen.

Der Fall schliesst ja, wie auch Herr H. zugiebt, durch sein Alter allein schon jede Frage nach einer Spontanrückbildung im Alter der Reife aus, da er erst in demselben entstanden ist. Selbstverständlich ist (und das macht die Würdigung jedes einzelnen „Heilungs“-Falles so wichtig), dass, wenn viele so glückliche, allerdings ja nicht recidivfreie, „Heilungen“, wie im H.'schen Falle, auch bei den juvenilen Tumoren zu beobachten wären, man die Frage der doch immer erst ziemlich spät erfolgenden Spontanheilung ebenso wenig ventiliren würde, wie bei den adenoiden Vegetationen. (Ich will hier auf diesen auch sonst interessanten Vergleich nicht weiter eingehen.)

Es sei übrigens hier angemerkt, dass erst kürzlich wieder (von Bouchaud, Revue de Chir. 1890, X, 7) ein Fall von Spontanheilung veröffentlicht worden ist.

6) Ich habe niemals die rein expectative Methode als die wünschenswerthe angesehen, sondern nur die palliativen Operationen im Gegensatz zu beabsichtigten „radicalen“ in Erwägung gezogen, wie dies jedem Leser meiner „Bemerkungen“, wo ich auf Trélat's Sätze als vielleicht einmal giltig werdende hinwies, und meines früheren Aufsatzes klar sein muss.

Ich muss auch nochmals betonen, dass ich nicht Herrn H.'s Indicationsstellung für seinen Fall bemängelt habe, sondern nur davor gewarnt, aus diesem Erfolge Schlussfolgerungen für das wirkliche juvenile Sarcom zu ziehen, bei dessen enormer Recidivfähigkeit und ausgedehntem Wachsthum operativ eine Radicalheilung zu erzielen sehr problematisch ist.

7) Mit keinem Worte habe ich die Möglichkeit einer traumatischen Ursache in H.'s Falle bestritten, im Gegentheil wegen dieser Entstehungsursache denselben in Gegensatz zu den jugendlichen Geschwülsten mit ihrem spontanen Wachsthum gestellt.

Nach obigen Richtigstellungen muss ich es den Lesern überlassen, über die Differenzpunkte zwischen mir und Herrn Hansberg abzuurtheilen und habe in dieser Sache nichts mehr zu bemerken.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge von Otitis media. Von Prof. E. Zaufal. (Prager med. Wochenschrift No. 3, 1891.)

Schon im Jahre 1880 hatte der Autor seiner Ansicht Ausdruck gegegeben, dass in den doch hoffnungslosen Fällen von Sinusthrombose mit Pyämie nach eitriger Mittelohrentzündung die Trepanation mit Unterbindung der Jugularvene, eventuell Eröffnung eines Theiles des Sinus Nutzen bringen könnte. 1884 operirte Zaufal einen Fall von eitriger Mittelohrentzündung mit Pyämie durch Sinusthrombose, legte den Sinus, der schon durchbrochen war, frei, spritzte ihn mit 2procentiger Carbollösung aus und drainirte ihn; obwohl der Patient starb, konnte Zaufal von der Operation nur Nutzen berichten. An den Bericht über diesen Fall knüpfte Zaufal die Mittheilung seines Planes der operativen Behandlung des thrombosirten Sinus bei Otitis; zunächst müsse die Trepanation des Proc. mast. vorgenommen und von hier der Sinus blossgelegt werden; ist der Sinus durch einen festen Thrombus im For. jugulare abgeschlossen, so ist die Unterbindung der Jugularis nicht erforderlich. Ist dies nicht der Fall, so soll die Jugularis unterbunden werden, und zwar wenn sie selbst schon mitthrombosirt ist, unter der erkrankten Partie. Ueber der Ligatur soll die thrombosirte Jugularis geöffnet und durch desinficirende Injectionen, deren Flüssigkeit wohl auch aus dem Trepanationscanal herauskommen wird, von inficirenden Massen gereinigt werden.

Auf diese Weise haben auch die Engländer Arbuthnot Lanes und Charles A. Ballance ihre Fälle, über die sie 1890 berichteten, operirt, während F. Salzer die Unterbindung der Jugularvene nicht ausführte. Lanes heilte einen Fall mit Sinusphlebitis und einen mit Sinusthrombose und Pyämie, von Ballance's 4 Fällen starben zwei, von Salzer's 2 Fällen wurde der eine, wo keine Pyämie bestanden hatte, geheilt.

So hoch die Bedeutung dieser Eingriffe angeschlagen werden muss, so kann es Z. doch nicht unterlassen, darauf aufmerksam zu machen, wie die lebensgefährlichen Complicationen der Otitis media durch rechtzeitige Paracentese und Trepanation des proc. mast. vermieden werden können und betont nachdrücklichst, dass die prophylactische Arbeitsleistung der bisher von den Ohrenärzten ausgeführten Operationen (Paracentese des Trommelfelles, Trepanation des processus mastoideus, Extraction erkrankter Gehörknöchelchen) und überhaupt der durch die Ohrenärzte ausgebildeten rationellen Behandlung der acuten und chronischen eitrigen Mittelohrentzündung zu der curativen Leistung bei einzelnen Fällen von Gehirnabscess- und Sinuseröffnung in einem ähnlichen Verhältnisse stehe, wie die Arbeitsleistung der Hygiene zur Individual-Therapie.

Gomperz.

Zur Behandlung der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung mit Durchlöcherung der Shrapnell'schen Membran. Von Prof. Dr. Jos. Gruber. (Wien. allg. med. Zeitung No. 1 u. 2, 1891.)

Für die gewöhnlichen Fälle dieser Erkrankungsform, bei denen nicht etwa die Sondenuntersuchung vom Beginne an eine energischere Operationsmethode indicirt, hat sich der Autor auf Grund seiner pathologisch-anatomischen Erfahrungen folgende Methode zurechtgelegt. „Vor Allem muss das Gehörorgan von allen Seiten und nach den Regeln der Kunst desinficirt werden, wobei Gruber gewöhnlich als Spritzwasser zur hauptsächlichen Reinigung von fremden Substanzen Kochsalzlösung verwendet und dann noch 1 ‰ Sublimatlösung in geringer Quantität einspritzt. Mit dem Siegle'schen Trichter verschafft sich nun G. Belehrung über Form und Ausdehnung der Zerstörung an der Shrapnell-schen Membran. Findet G. die Lücke unzweckmässig gelegen oder zu klein, so erweitert er sie durch Incision, häufiger durch galvanocaustische Myringectomie auf das Zweckmässigste für den weiteren therapeutischen Vorgang: die Ausräumung des oberen Trommelhöhlenraumes von den Retentionsmassen und Granulationen, wozu der Autor zumeist scharfe Löffel benutzt. Ist nun der Entzündungsherd von allen schädlichen Substanzen befreit und eine etwaige Blutung gestillt, dann wird der obere Trommelhöhlenraum, soweit es vom äusseren Gehörgange aus durch die Perforation der Shrapnell'schen Membran hindurch möglich ist, mit Jodoform- oder Sublimatgaze tamponirt. Die Tampons sind mit einem Faden versehen und werden mittelst eines, der Gruber'schen Pincette zur Einführung künstlicher Trommelfelle nachgebildeten Instrumentes eingeführt; sie werden 5—8 Tage liegen gelassen und nur dann früher gewechselt, wenn sie sich von Secret durchtränkt oder übelriechend erweisen, oder wenn Schmerz, Fieber etc. es verlangen. Zwei Krankengeschichten illustriren den Werth dieser Methode.

Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Anosmie nach 40 Jahren geheilt. (Un cas de guérison d'une anosmie remontant à quarante ans.) Von Dr. d'Aguanno. (Bolletino delle malattie del Orecchio und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Ein 12jähriger Knabe erhielt einen Steinwurf gegen die Stirne. Eiteriger Ausfluss rechts mit Anosmie; später dasselbe links; später auch Verlust des Geschmacksinnes; im Alter von 54 Jahren consultirte er wegen heftigen Rachencatarrhs; Verkrümmung der Nasenscheidewand mit Verstopfung der Nase. Heilung durch Operation. Geruch und Geschmack kehrten schnell zurück.

Verf. betont den Connexus des Geruchs- und Geschmacksinnes, so wie, dass beide oft verwechselt werden. Es ist bekannt, dass wir nur viererlei Geschmack haben, nämlich süss, gesalzen, bitter und sauer; alle übrigen Geschmacksempfindungen sind nur verkappte Geruchsempfindungen, welche durch den Pharyngonasalraum an die Nasenmuscheln gelangen.

Dr. P. K.

Caries der Wandungen des Sinus sphenoidalis. (Carie des parois du sinus sphenoidal.) Von Dr. Quenu. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 15 Octobre 1890.)

Fistel am Nasenrücken; Auskratzen half nicht. Die Radicaloperation bestand in Loslösung der Nase im Sulcus nasolabialis, Aufschlagen der Nase, Einschneiden der Mucosa pituitaria, Eröffnen des Sinus mit Einführen eines Drainrohrs. Heilung. Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Macroglossie bei einem 6jährigen Kinde. (Macroglossie chez une fillette de six ans.) Von Dr. Gross. (Mémoires de la société de médecine de Nancy, Séance du 12 Février 1890.)

Angeborene Macroglossie, welche aber erst seit 3 — 4 Monaten als Zungenprolapsus besteht und durch Lymphangyom bedingt ist. Verf. räth zur Excision mit dem Messer oder dem Galvanocauter.

Dr. P. K.

Simulirter Mutismus. (Cas de mutisme simulé.) Von Dr. Catrin. (Lyon médical und Revue de laryngol. No. 2.)

Ein 21jähr. Patient giebt an, seit Jahren stumm zu sein. Hysterie ist ausgeschlossen. Während einer strengen Beobachtung von 7 Monaten Dauer brachte Patient selbst im Schlaf keinen Laut hervor. Larynx gesund; Patient dämpft künstlich alle Respirationsbewegungen; bei Druck auf den Unterleib und beim Husten kommt ein Ton hervor. Verf. geht die verschiedenen Entlarvungsmittel, als Contradiction in der Aussage, Ueberredung, Anaesthesie, Einathmen reizender Dämpfe, Berauschen, Suggestion durch und verwirft sie alle. Die Electricität mit Vorsicht ausserhalb des Larynx und in wachsender Stärke angewandt, versagt nie.

Dr. P. K.

Zungenbändchengeschwür unabhängig vom Keuchhusten. (Ulcération sublinguale indépendente de la coqueluche.) Von Dr. Comby. (Courrier médical, Mars 1890 und Revue de laryngol. No. 10.)

Man nahm lange Zeit das fast immer bei Keuchhusten der Kinder vorkommende Zungenbändchengeschwür als specifisch für die Krankheit an; Verf. beweist, dass das Geschwür ganz einfach von dem Herausschnellen der Zunge und dem Reiben an den scharfen Kanten der Schneidezähne herrührt; es kommt bei Bronchitis und sogar bei einfacher Laryngitis vor. Dr. P. K.

Ein frühzeitiges Symptom des Keuchhustens. (Un signe précoce de la coqueluche.) Von Dr. Huguin. (Union médicale du Nord-Est No. 5, 1891.)

Ein sechs- und ein achtjähriges Kind hatten zugleich mit dem beginnenden, gar nicht characteristischen Husten Photophobie mit Pupillenerweiterung; nach einigen Tagen zeigte ein 18jähriges Mädchen dieselben Symptome; nach einigen Tagen bestätigte der pathognomonische Husten die Diagnose. Wohl ist Conjunctivitis mit Thränenfliessen von den

Autoren im Anfangsstadium des Keuchhustens angegeben worden, nie aber Photophobie mit Pupillendilatation; Verf. bemerkt, dass dieses Anfangssymptom ohne jedwede vorherige Behandlung, namentlich ohne Anwendung von Belladonna bestand. Dr. P. K.

Beitrag der Complicationen in der Mundhöhle bei Typhus. (Contribution à l'étude des altérations de la bouche dans la fièvre typhoide.) Von Dr. Grellety-Bosviel. (Thèse de Paris und Revue de laryngologie No. 10.)

Sie können theils als Localisationserscheinungen des typhösen Giftes im adenoiden Gewebe der Mundmucosa, theils als Folge der Krankheit und der geringeren Widerstandsfähigkeit der Gewebe betrachtet werden. Man soll die Mundmucosa und die Lebensweise der Typhuskranken in dieser Beziehung überwachen. Dr. P. K.

Spontane Eröffnung einer Zungencyste. (Kyste de la langue ouvert spontanément.) Von Dr. Gallardo. (El Bistouri und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Am Zungenrande sitzt ein harter, abgegrenzter, die Zungenbewegungen hemmender Tumor. Eines Tages platzte der Tumor von selbst, es floss gelbe Flüssigkeit heraus. Heilung. Dr. P. K.

Seröse folliculäre Cyste des Unterkiefers, einen Weisheitszahn enthaltend. (Kyste sereux folliculaire du maxillaire inférieur avec inclusion d'une dent de sagesse.) Von Dr. Eug. Stöckel. (Société de médecine de Strasbourg und Mémoires de la société de méd. de Strasbourg, Tome 25.)

Bekanntlich werden die Unterkiefercysten in periostitische und in folliculäre eingetheilt; letztere entwickeln sich in einem Zahnfollikel, bevor der Zahn durchgebrochen ist. Ein 18jähriger Mann zeigt einen knochenharten, ohne Schmerz seit 10 Wochen entstandenen, 6 und 10 Ctm. in beiden Durchmessern messenden, mit dem Knochen verwachsenen Tumor in der rechten Regio masseterica; am vorderen Rande des Tumor befinden sich einige elastische Stellen, im Munde selbst ist diese Fluctuation viel deutlicher; der Weisheitszahn fehlt rechts und es fehlt sogar die von ihm einzunehmende Stelle; das Gegentheil findet sich links. Nach Cocainisirung wird die Cyste im Munde geöffnet; man vermied auf diese Weise die Narbe sowie die Verletzung der Facialisäste und des Ductus Stenonianus; es flossen 140—150 Gramm reinen Serums heraus und man zog mittelst einer Zange den Weisheitszahn aus; die alle 2 Tage mit Jodoformgaze ausgestopfte Wunde heilte langsam. Dr. P. K.

Enchondrom der Parotis. (Enchondrome de la parotide.) Von Dr. Le Dentu. (Journal des connaissances médicales und Revue de laryngol. No. 11, 1891.)

Der harte Tumor ist noch beweglich, und dennoch betont Verf. die grossen Gefahren der Operation: Anschneiden der Carotis externa und Durchschneiden des Nervus facialis mit ihren Folgen. Eine anscheinend leichte Operation ist in dieser Gegend gefährlich. Dr. P. K.

Schnelles und sicheres Mittel, die Epiglottis in die Höhe zu heben. (Moyen certain et expéditif de relever l'épiglotte.) Von Dr. Davila Boza. (Revista medica de Chile und Revue de laryngol. No. 2.)

Die Erstickungsanfälle während der Chloroformnarcose kommen von dem Zurückfallen der Zungenbasis und dem Senken der Epiglottis; man soll den Kopf und Hals des Patienten in forcirter Extension nach hinten bewegen. Die Epiglottis, wegen ihrer Verbindung mit dem Unterkiefer mittelst des Ligamentum hyoepiglotticum, dem Os hyoideum, den Musculi genio- und mylohyoideis hebt sich nothwendiger Weise.

Dr. P. K.

Phlegmone nach Influenza; parapharyngealer tiefer Abscess. (Complication phlegmoneuse dans la convalescence de la grippe; phlegmon latéropharyngien.) Von Dr. Vilcoq. (Union médicale du Nord-Est, Juni 1890.)

Eine 27jährige Patientin bekommt in der Reconvalescenz von Influenza einen tiefen, am rechten Unterkieferwinkel sitzenden Abscess, der durch seine localen und allgemeinen Erscheinungen lebensgefährlich war. Es wurde in einer dem aufsteigenden Ast des Unterkiefers parallelen, etwa 2 Ctm. nach hinten vom Unterkieferwinkel gelegenen Linie ein 6 Ctm. langer Schnitt gemacht und auf der Hohlsonde bis in die Tiefe präparirt, trotzdem keine Fluctuation zu fühlen war; man stiess endlich auf einen Jaucheherd. Verf. nimmt eine infectiöse Angina als Ausgangspunkt an; die Entzündung hätte sich so auf die lateralen Pharynxganglien, das Zellgewebe, das die Gefässe und Nerven des Halses umgiebt, und in den Maxillopharyngealraum fortgesetzt. Die Influenza hat also hier wie alle anderen infectiösen Krankheiten, wie Masern, Scharlach, Pocken, Typhus etc. gewirkt, bei welchen ebenfalls die peripharyngealen Abscesse vorkommen.

Dr. P. K.

Demonstrationsmethoden der Larynxbewegungen. (Méthodes de démonstration des mouvements laryngiens.) Von Dr. Franklin H. Hooper. (Congrès international de Berlin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1890.)

Professor Henry P. Bowditch in Boston und Verf. haben seit einigen Jahren die Bewegungen der Larynxknorpel und der eigentlichen Larynxmuskeln an Thieren probirt und geben in der betreffenden Arbeit ihre Resultate nebst den zu den Untersuchungen angewandten Apparaten nebst Illustrationen.

Dr. P. K.

Acute Entzündung der Articulatio cricoarytaenoidea. (Arthrites aigues de l'articulation cricoaryténoidienne.) Von Dr. Lacoarret. (Revue de laryngologie No. 11, 12 und 13, 1891.)

Anatomisch den übrigen Körpergelenken ähnlich, kann dieses Gelenk ebenso wie letztere acut entzündet werden, besonders da es durch seine Lage und seinen geringen Schutz vielen Insulten ausgesetzt ist. Die spontane, idiopathische Arthritis besteht, wenn auch selten; geht von der Schleimhaut aus. Die secundäre Gelenkentzündung kann zu allen möglichen acuten und chronischen Krankheiten hinzutreten und ist bei Weitem die häufigste. Die traumatische Arthritis kommt seltener vor. Die

rheumatische Arthritis wird von allen Autoren angenommen und wurde jedenfalls oft mit acutem Glottisoedem verwechselt. Die infectiöse Gelenkentzündung kommt namentlich bei Typhus vor; Verf. giebt deren Entstehungsweise. Die syphilitischen Gelenkentzündungen sind selten. Der pathologisch-anatomische Befund stimmt mit dem der anderen Gelenkentzündungen überein. Die Allgemeinsymptome sind fast Null, und wenn solche bestehen, muss man selbe auf das Allgemeinleiden zurückführen. Die Stimmstörungen hängen von dem concomittirenden Catarrh der Mucosa und namentlich von der permanenten Abduction der Stimmbänder ab; man beobachtet alle Nuancen zwischen normaler Stimme und totaler Aphonie. Das Respirationshinderniss hängt von dem Grade der Schwellung, besonders aber von dem Grade der Adduction der Stimmbänder ab; es ist blos inspiratorisch; in den meisten Fällen aber beim Inspirium sowohl wie beim Exspirium. Der autochthone Schmerz ist ein constantes Symptom bei den idiopathischen Entzündungen, fast Null bei den secundären infectiösen. Husten ist selten; manchmal ist der Athem foetid. Im Laryngoscop wird die Schwellung leicht mit Oedema glottidis verwechselt. Die mehr weniger ausgesprochene Unbeweglichkeit der Cartil. cricoideae bildet ein constantes Symptom; dabei ist zu bemerken, wie schon P. Tissier hervorgehoben hat, dass bei dem geringsten Leiden der Platte des Ringknorpels die Cricoarytaenoidei postici in Mitleidenschaft gezogen werden, dass in Folge dessen ein Ueberwiegen der Adductoren eintritt; dieses Moment ist bei der bestehenden Unbeweglichkeit der Stimmbänder in Betracht zu ziehen. Beim Eiterdurchbruch wird die Röthe blässer, es entstehen Geschwüre, Eiter und selbst Knorpel werden ausgeworfen. Bei der Diagnose sind ausser dem laryngoscopischen Bilde der Schmerz bei äusserem Druck, sowie die Steigerung der Schmerzen bei Phonationsversuchen zu beobachten. Die Differentialdiagnose ist mittelst der Anamnese leicht. Alle möglichen Complicationen können eintreten. Prognose und Verlauf sind verschieden, wie leicht ersichtlich ist. Die Behandlung ist eine locale und eine allgemeine; Schmerz, Entzündung, Respirationsbeschwerden müssen bekämpft werden. Verf. giebt am Schlusse seiner genau durchgeführten Abhandlung eigene und fremde Beispiele von Arthritis a frigore, durch fortgepflanzte Entzündung entstandener, traumatischer, rheumatischer, blennorrhoischer, infectiöser Arthritis. Dr. P. K.

Aussergewöhnliche Complication der Tracheotomie bei Greisen. (Complication extraordinaire de la trachéotomie chez les vieillards.) Von Dr. Michaël. (Congrès international de Berlin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10.)

Bei Erwachsenen kommen plötzliche Todesfälle gleich nach Ausführung der Tracheotomie vor, ohne dass die Section die Todesursache erklärt. Verf. giebt 2 Beispiele als Beleg; der erste Kranke erlag; bei dem zweiten kam Verf. auf den Gedanken, die Resection der Ränder der Trachealwunde zu machen und der Kranke kam wieder zu sich. Verf. nimmt in solchen Fällen eine wegen der Ossificirung der Trachealknorpel stärker ausfallende Reizung der Trachealmucosa und in Folge dessen einen Diaphragmakrampf an, welch' letzterer zum Tode führt.

Manuelles Verfahren bei der Tracheotomie bei Erwachsenen. (Contribution à l'étude du manuel opératoire de la trachéotomie chez l'adulte.) Von Dr. J. Glover. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1890.)

Hautschnitt mit dem graden Messer, die subcutanen Hautschichten unberührt lassend; der Schnitt geht vom Tuberculum cricoideum bis tief zum Sternum, so dass nach eingeführter Canüle zwei Nähte nöthig erscheinen. Die Aponeurosen werden mit der starken, zugespitzten Hohlsonde durchschnitten, die Blutgefässe seitlich entfernt und die Trachea blossgelegt; dies kann sich ohne Messer in den meisten Fällen vollziehen. Genügt die Hohlsonde nicht zum Durchtrennen der Aponeurosen und zum Beiseiteschieben der Muskeln, so soll man den Thermocauter anwenden. Der Trachealschnitt soll mit dem Messer ausgeführt werden. Auf diese Weise werden alle Blutungen vermieden und die unangenehmen Eigenschaften des Thermocauters gelten nicht. Dr. P. K.

Uebertragung von Diphtheritis der Vögel auf den Menschen. (De la transmissibilité de la diphthérie aviaire à l'homme.) Von Dr. Barbier und Dr. Schrevens. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 4, 1891.)

Verff. erzählen ein untrügliches Beispiel von Ansteckung der Diphtheritis von italienischen Hühnern auf den Menschen; der Fall ist desto beweisender, da die Diphtheritis, welche doch eine Kinderkrankheit ist, auf eine 67jährige Frau übertragen wurde. Dr. P. K.

Catameniale Larynxblutungen. (Cas d'hémorrhagies laryngées cataméniales.) Von Dr. C. Compaired. (Boletin clinico de Lerida und Revue de laryngologie No. 8.)

Ein 25jähriges und ein 21jähriges Mädchen, nervös, hysterisch, anämisch; Regeln unregelmässig; wenn selbe nicht eintraten, so zeigten sich laryngeale Congestionen mit submucösen Blutunterlaufungen, saniösem Auswurf, Bronchitis, Lungen intact. Eisen, Brom, kaltes Wasser brachten Heilung. Dr. P. K.

Laryngotrachealfractur. Verwachsung der Stimmbänder. Ueberzählige Glottis. (Fracture laryngotrachéale. Fusion des cordes vocales. Glotte supplémentaire.) Von Dr. Desvernine-Galdos. (Revista de Cicucias medicas und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10.)

Die Möglichkeit einer ausgedehnten seitlichen Verschiebung, die Elasticität der Larynxknorpel selbst, das relative Tieferliegen als Kinn und Thorax machen die Larynxfracturen glücklicher Weise zur Seltenheit. Die Gewalt muss direct auf den Larynx in der Richtung zu der unnachgiebigen Wirbelsäule oder zwei zugleich eintretende Schläge müssen beide Larynxseiten in entgegengesetzter Richtung treffen, damit eine Larynxfractur eintrete. Der Tod tritt durch Erstickung oder durch Emphysem ein.

Verf. giebt die Geschichte eines Falles von Larynxfractur, wo die gerötheten Stimmbänder verwachsen waren und nur einen kleinen elliptischen Spalt in der vorderen Commissur zwischen sich liessen; die Stimme

war dysphonisch, von tiefem, monotonem, sich in engen Grenzen bewegendem Tone; die falschen Stimmbänder functionirten mehr weniger wie sonst die wahren es thun, blos langsamer. Dem laryngoscopischen Bild entsprechend, fand man bei der Section Atrophie der eigentlichen Larynxmuskeln, Ankylose des Cricoarytänoidalgelenkes und auffallende Hypertrophie der Muskelbündel der falschen Stimmbänder, sowie der aryepiglottischen Falten.

Der Fall ist interessant, weil die Tracheotomie nicht gleich nach dem Unfall nöthig war, was auf keine Verschiebung der Bruchenden hinweist; selbe wurde erst später nöthig, als der Entzündungsprocess die Stimmbänder ergriff und zu deren Verwachsung führte. Der 17 Jahre nach dem Unfall an Lungentuberculose gestorbene Patient bewies ferner, dass die falschen Stimmbänder bis zu einem gewissen Grade die Sprechstimme, nicht aber die Sing- und Lachstimme ersetzen können, dass also durch die obere Larynxapertur bis zu einem gewissen Grade eine Glottis supplementaria gebildet werden kann. Dr. P. K.

Mittheilungen und Discussion über die in den Dresdener Krankenanstalten bei Anwendung des Koch'schen Verfahrens gemachten Beobachtungen. (Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden 7.—28. Februar 1891 und Correspondenzblatt des ärztlichen Kreis- und Bezirks-Vereins Sachsen No. 7, 1891.)

Es sei nur das auf die Kehlkopf-Tuberculose Bezügliche hervorgehoben und bemerkt, dass die Tuberkulin-Behandlung allenthalben genau in der damals von Prof. Koch vorgezeichneten Weise ausgeführt wurde. Fischer (II. innere Abtheilung des Stadtkrankenhauses) theilt mit, dass im Kehlkopfe niemals typische Reactionen beobachtet wurden. Einige Kranke zeigten während der Behandlung neue Geschwüre. Bemerkenswerth indessen war ein junges Mädchen, welches auf der hinteren Kehlkopfwand ein auf infiltrirter Basis sitzendes, wie ein Krönchen aussehendes tuberculöses Ulcus darbot; dasselbe liess nach der 24. Injection von 30 Milligramm (in Summa hatte sie bis dahin 375 Milligramm erhalten) eine deutliche Abflachung und Verkleinerung erkennen. F. warnt, die Behandlung in zu raschem Tempo auszuführen, etwa eintretendes Reactionsfieber muss erst völlig abklingen vor der nächsten Einspritzung; ob dieses Reactionsfieber überhaupt nöthig zur Erzielung eines Erfolges, erscheint ihm mindestens zweifelhaft, zweifellos aber, dass ein sich einstellendes continuirliches Fieber entschieden als Gegenanzeige gegen Fortsetzung der Behandlung anzusehen ist. — Schlesinger berichtet über 6 Fälle von Kehlkopf-Tuberculose, die mit Tuberkulin behandelt wurden. Darunter war ein Fall mit etwas vorgeschrittener, zwei mit ganz geringer, drei ohne jede nachweisbare Lungen-Tuberculose. Die Tuberculose des Kehlkopfs selbst war in mässigen Grenzen ulcerös oder infiltrativ; in einem Fall nur stark stenosirend, so dass auf die Möglichkeit einer Tracheotomie Bedacht genommen wurde. Sch. meint, dass bei genannten Fällen das Mittel für die Diagnostik unzuverlässig und unbrauchbar gewesen sei. Die locale Reaction war theils ganz minimal, meist blieb sie ganz aus, sowohl bei kleinen, als auch bei grösseren Dosen. Auch Fieberreaction fehlte fast stets, sowohl Anfangs bei kleinen, als auch später bei grösseren Gaben. Die wenigen Male, wo höheres

Fieber auftrat, bewiesen, dass das Ausbleiben nicht an der Lymphe lag. 4—6 Wochen nach Beginn der Injectionen war der Befund entweder gar nicht oder nur sehr wenig geändert. Irgend eine erhebliche Verschlimmerung unter der Kur oder durch dieselbe ist allerdings auch nicht beobachtet worden. Einmal sah Sch. bei einer acuten Angina, die während der Behandlung entstand, die Bildung miliarer und submiliarer grauer, durchscheinender Knötchen an der Tonsille, der benachbarten Pharynxschleimhaut und im tuberculös erkrankten Larynx. Nach sofortigem Aussetzen der Injectionen waren jene spontan schon nach ein bis einigen Tagen völlig verschwunden, nachdem diejenigen im Kehlkopfe sich zum Theil vorher in kleine folliculäre Abscesschen umgewandelt hatten. Sch. betrachtet diese Gebilde als „tuberkulinöse" Entzündungsproducte ziemlich unschuldiger Art; sicherlich seien es, das lehre der klinische Verlauf, keine echten Tuberkelknötchen. Schwierig, meint Sch., sei die Entscheidung, wie lange und bis zu welchen Dosen man injiciren solle, für den therapeutischen Werth des Mittels werde maassgebend sein, wie man bei der scheinbar so langen Dauer der Kuren mit demselben fernerhin auch zu Haus ohne Mitwirkung klimatischer Kuren Kranke mit Erfolg werde behandeln können.

Hecker sah bei einem Falle von mit Kehlkopf-Tuberculose combinirter Lungenphthise die erstere durch das Tuberkulin so günstig beeinflusst, dass die anfänglich bestandene Aphonie bis jetzt (Anfang Juni) geschwunden ist. Beschorner verbreitet sich insbesondere über zwei Fälle von mit Tuberkulin behandelten Kehlkopfphthisen, weil sie gewissermaassen als Repräsentanten für zwei extreme Formen und Stadien der Kehlkopf-Tuberculose und ihrer Combination mit Lungen-Tuberculose gelten können, nämlich: vorgeschrittene Larynxphthise mit ganz geringer Lungenaffection und vorgeschrittene Lungenphthise mit ganz geringer Larynxaffection.

Der erste, einen 26jährigen Tischler betreffend, hereditär schwer belastet, zeigte eine ziemlich beträchtliche Infiltration des linken Taschenbandes, das wahre Stimmband derselben Seite bis auf sein hinteres Drittheil bedeckend. Dieses selbst intact. Das erwähnte Taschenband wies ein oberflächliches Geschwür auf. Beide ary-epiglott. Falten leicht ödematös geschwellt, nicht ulcerirt. An der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand die zackigen Ränder eines nach der Tiefe zu sich fortsetzenden Ulcus bemerkbar. Untersuchung der Lungen ergab ein nahezu negatives Resultat. Kein Fieber. Geringer Auswurf. Spärliche Bacillen. — Beginn der Behandlung nach Koch am 10. December. Fortsetzung derselben bis 6. Februar. Höchste Dosis 75 Milligramm, Gesammtverbrauch 861 Milligramm. Allgemeine Reaction Anfangs gleich Null; die Temperatur erhob sich erst bei den höheren Gaben bis 38°. Der Kehlkopf, genau controlirt, zeigte niemals Schwellungen, Congestion, Losstossung von Gewebstheilen oder irgend welche aussergewöhnliche Erscheinungen, welche man auf Conto der Tuberkulin-Behandlung hätte setzen können, vielmehr nahm der destruirende Process einen fortschreitenden Verlauf, so wie bei Kehlkopfphthisikern ohne besondere Behandlung. Bald trat über den Clavicula linkerseits deutliche Dämpfung, consonirendes Rasseln auf, und auch rechts machten sich Erscheinungen bemerkbar, welche auf ein Fortschreiten des tuberculösen Processes auch auf die

andere Lunge schliessen liessen. Da eine Febris continua eintrat, günstige Erfolge von der Fortsetzung der Behandlung nicht mehr zu erwarten standen, wurde Patient auf sein Drängen entlassen. — (Er starb wenige Monate darauf.)

Der zweite Fall, eine 31 Jahre alte, hereditär nicht belastete Dame, zeigte Infiltration des rechten oberen Lungenlappens. Laryngoscopisch liess sich nur Catarrh des Kehlkopfes nachweisen. Nach einer bekannten Schwindsuchtsheilanstalt geschickt, begann man am 21. Novbr. mit den Koch'schen Injectionen und setzte dieselben 8 Wochen lang, bis zur Einzeldosis von 10 Milligramm, fort. Die allgemeinen Reactionen waren stets äusserst heftig; indessen Pat. kam mehr und mehr herunter, es stellten sich schwere Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfes ein, und als die Kranke Ende Januar wieder nach Dresden zurückkehrte, fand sich eine floride Larynxphthise vor. Der Process in den Lungen hatte weitere Fortschritte gemacht. — B. legt zum Schlusse die Monographie von Lennox Browne vor, in welcher dieser über die Behandlung von 20, in verschiedensten Stadien befindlichen Larynxphthisikern berichtet und resumirt, dass Besserung der Geschwüre in vielen, wirkliche Heilung (actuel healing) in 5 Fällen zu verzeichnen war. Redner giebt, ohne aus dem von ihm namentlich auch im Stadtkrankenhause beobachteten, immerhin noch geringen Materiale weitgehende Schlüsse ziehen zu wollen, seinem Bedauern Ausdruck, dass die in Dresden erzielten Resultate von mit Tuberkulin behandelten Larynxphthisen hinter den mannigfach von anderwärts gemeldeten, speciell von Lennox Browne verzeichneten so weit zurückstehen. Beschorner.

Anwendung der Kohlensäure bei Larynx- und Lungenleiden. (Du gaz acide carbonique et de son emploi dans les maladies du larynx et des voies respiratoires.) Von Dr. Lamallerée. (Revue de laryngologie No. 2.)

Wirkt als Anaestheticum, nachdem sie vorher Reizerscheinungen hervorgerufen hat. Mit Erfolg als Inhalation und als Clystier angewandt. Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Cas de corps étranger au larynx.) Von Dr. Capart. (La clinique, Januar 1890 und Revue de laryngol. No. 8.)

Ein 2 Ctm. langes und 1/2 Ctm. breites Knochenstück stak im Larynxeingang eines 11jährigen Kindes; Tracheotomie wegen Erstickungserscheinungen; in der Chloroformnarcose wurde das Knochenstück mit den Fingern herausgeholt. Verf. betont die grosse Toleranz des Larynx, in welchem der Knochen während 32 Tagen gesessen hatte, ohne reactive Entzündung hervorzurufen. Dr. P. K.

Morbus Basedowi. (Goître exophthalmique.) Von Dr. Lamy. (Journal des connaissances médicales und Revue de laryngol. No. 11, 1891.)

Ein 65jähriger Mann hat seit 25 Jahren einen retrosternalen Kropf, der mit dem Pericardium verwachsen war; während der 6 letzten Monate seines Lebens hatten sich erst die Zeichen des Morbus Basedowi entwickelt; sie waren also secundär, und in solchen Fällen zeigt sich die Chirurgie als Heilmittel. Dr. P. K.

Elastische Compression der Glandula thyroidea in der Basedow'schen Krankheit. (La compression élastique du corps thyroide dans la maladie de Basedow.) Von Dr. Mac Nalty. (Semaine méd. No. 44.)

Durch leichte Compression des Corpus thyroideum mittelst einer Martini'schen Binde tritt viel Erleichterung ein; die Binde wird bei Tage getragen und Abends abgelegt. Gegen das unausstehliche Klopfen im Corpus thyroideum wird Collodium belladonnatum mit Erfolg aufgepinselt. Dr. P. K.

Druck auf den Hals bei Bulbärkrisen der Dyspepsie. (De la compression du cou dans les crises bulbaires de la dyspepsie.) Von Dr. D'Ardennes. (Semaine médicale No. 44.)

Professer Mossé in Montpellier hat auf die hemmende Wirkung der Halscompression bei den bulbären tabetischen Crisen hingewiesen; die Anfälle von Dyspnoe und von Thorax- und Halsconstriction können so regelmässig zum Schwinden gebracht werden Verf. litt persönlich in Folge anhaltender Dyspepsie an solchen dyspnoetischen Anfällen mit Constriction des Thorax und des Halses, mit Arhythmie und Stenocardie; durch Druck auf die seitlichen Halstheile verschwinden diese Anfälle regelmässig. Potain erklärt diese durch Dyspepsie hervorgerufenen Erscheinungen durch Reflexe, welche sich theils direct auf den Plexus cardiacus (Arhythmie und Herzklopfen), theils auf die Lungencapillaren und indirect auf das rechte Herz ausdehnen (schneller Puls, Angstgefühl, Druck in der Herzgegend, Hypertrophie des rechten Ventrikels). Nach den Experimenten, welche Verf. an sich selbst ausgeführt hat, war es ganz einerlei, an welchem Punkte man drückte, man konnte sogar auf die Halswirbelsäule drücken; andere Hautreize am Halse (Ausrupfen von Barthaaren) brachten denselben Erfolg; man kann also die Wirkung des Vagus durch Druck ausschliessen. Dr. P. K.

Dermoidcyste am Halse. (Kyste dermoide du cou.) Von Dr. Regnier. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngol. No. 11, 1891.)

Bei einem 9jährigen Kinde wurde eine hühnereigrosse, bewegliche, mit der Haut nicht verwachsene, die Larynxbewegungen beim Schluckacte mitmachende linksseitige Geschwulst entfernt, welche etwas trübe Flüssigkeit und reisartige Massen enthielt. Es scheint ein Stück Ectoderm zufällig bei der Entwickelung in einer Pharynxkieme eingeklemmt worden zu sein, so wie Lannelongue es einmal nachgewiesen hat. Dr. P. K.

Laryngitis haemorrhagica und Influenza. (La laryngite hémorrhagique et l'influenza.) Von Dr. Marano. (Archivi ital. di laring. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Drei Kranke zeigten während eines Influenza-Anfalles Dysphagie, rauhe Stimme, Husten und blutigen Auswurf. Die gewöhnliche Laryngitis haemorrhagica unterscheidet sich nur durch die Dysphagie von derjenigen, welche während der Influenza auftritt. Dr. P. K.

Einfluss der Schwangerschaft auf gewisse Arten von Laryngitis sicca. (Influence de la grossesse sur certaines formes de laryngite sèche.) Von Dr. R. Botey. (Archivos internation. de lar. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

In drei Fällen von Pharyngolaryngitis sicca verschwanden die lästigen Symptome während der Schwangerschaft, um nach der Entbindung wieder einzutreten. Bedenkt man den innigen Zusammenhang der genitalen weiblichen Sphäre mit den ersten Luftwegen, so kann man annehmen, dass in diesen drei Fällen das Zusammentreffen nicht Zufall ist.

Dr. P. K.

Primäres Larynxoedem. (Oedême aigu primitif du larynx.) Von Dr. Bernardino Martino. (Progresso medico und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Das wirkliche Oedem ist so selten, dass solche Fälle die Veröffentlichung rechtfertigen. Immer in Folge einer starken Erkältung, plötzlich eintretend, rasch verlaufend, durch Tracheotomie immer geheilt.

Dr. P. K.

Polypöse und papilläre Larynxtumoren. (Tumeurs polypeuses et papillaires du larynx.) Von Dr. E. Koeberlé. (Société de médecine de Strasbourg und Mémoires de la société de médecine de Strasbourg, Tome 25.)

Ein 57jähriger Schlosser wurde wegen Larynxtumoren von aussen operirt. Die vom Verf. selbst hervorgehobenen wichtigen Punkte der Operation sind folgende: 1) die Laryngotomie wurde gemacht ohne vorherige Tracheotomie; 2) die Operation wurde bei herabhängendem Kopfe, um den Eintritt des Blutes in die Trachea zu verhindern, ausgeführt; 3) die Nachbehandlung bestand in fortwährendem Offenhalten der Larynxwunde während 3 Wochen mittelst eines federnden Eisendrahtes und zweier durch den betreffenden Schildknorpelflügel durchgeführter Seidenfäden und in dem Einführen einer kurzen, verschlossenen Canüle, welch' letztere nicht zum Athmen, sondern zum Ueberwachen der Recidive diente.

Dr. P. K.

Laryngostenose nach Perichondritis nach Typhus. (Laryngosténose consécutive à une périchondrite dans le cours de la fièvre typhoide.) Von Dr. Ronkovitsch. (Revue de chirurgie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1890.)

Tracheotomia superior half nicht; man machte die Laryngotomie, welche einen Tumor über dem linken Stimmbande zeigte; eine Fistel wurde geöffnet, ein Sequester entfernt, der Tumor mittelst Thermocauter zerstört. Verf. räth, in ähnlichen Fällen immer auf diese Weise zu verfahren.

Dr. P. K.

Ueber Trachealtumoren. (Sur les tumeurs de la trachée.) Von Dr. Paul Koch. (Congrès international de Berlin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10.)

Verf. giebt die Krankengeschichten zweier letal endenden Fälle von Trachealtumoren, welche wegen ihrer grossen Seltenheit von Interesse

sein dürften. Diese beiden Fälle werden am besten im Original nachgelesen. Das Laryngoscop ist bei der Diagnose der Trachealtumoren bei Weitem nicht von so grossem Nutzen, wie bei Larynxtumoren; die Prognose ist schlecht, trotz aller rechtzeitig ausgeführten Operationen. Verf. kommt am Ende seiner Abhandlung zu folgenden Schlüssen: 1) Wenn ein Trachealtumor Dyspnoe hervorruft, so ist er nothwendiger Weise schon weit entwickelt; die meisten Fälle werden erst in diesem Stadium von den Aerzten beobachtet. 2) Trachealpfeifen beweist also, dass der Tumor gross ist, dass er das Leben bedroht und dass die tiefe Tracheotomie gleich ausgeführt werden soll. 3) Die Exstirpation per vias naturales soll nur bei nicht bestehender Dyspnoe versucht werden, welche Fälle selten sind. 4) Immer soll die tiefe Tracheotomie ausgeführt werden; man soll die Koenig'sche, die Demarquay'sche und die Tamponcanülen zur Hand haben. Dr. P. K.

Verstopfung der Trachea durch eine verkäste Lymphdrüse. (Obstruction de la trachée par un ganglion caséeux.) Von Dr. Parker. (Société clinique de Londre, Séance d'ouverture.)

Eine käsige Drüse drang durch Verschwärung in die Trachea und verursachte Erstickungstod. Das ein Jahr alte Kind bekam plötzliche Dyspnoe; die Tracheotomie half nicht; die Drüse befand sich an der Bifurcation. Dr. P. K.

Zur Lehre der Fremdkörper der obersten Luftwege. (Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes.) Von Dr. Moure. (Mémoires et Bulletins de la société de médecine et de chirurgie de Bordeaux 1889.)

Die Fälle sind als häufig in der Literatur zu bezeichnen, und dennoch zeigt jeder einzelne Fall für die Praxis werthvolle Eigenthümlichkeiten; aus diesem Grunde giebt Verf. die genauen Krankengeschichten seiner 11 theils operirten, theils nicht operirten Fälle und die practischen Folgerungen, welche aus denselben erhellen. Verf. giebt dann die allgemeinen Grundsätze, welche in solchen Fällen zu beobachten sind, und kommt zu dem Schlusse, dass in allen Fällen so früh als möglich die Tracheotomie mit dem Messer, nicht mittelst Galvanocauter oder Thermocauter, ausgeführt werden soll. Dr. P. K.

Partielle Verstopfung der Bronchien durch Fremdkörper. (Obstruction partielle des bronches par des corps étrangers.) Von Dr. Bryant. (Bull. médical und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1890.)

Dunkles Lungenleiden in Folge des Eintretens eines Fremdkörpers in die Bronchien; Tod. In einem zweiten Falle machte Verf. mit Erfolg die Tracheotomie, ehe das Lungenleiden sich ausbilden konnte; Heilung. Verf. räth in allen ähnlichen Fällen die Tracheotomie zu machen, wenn auch gar keine Dyspnoe besteht. Dr. P. K.

Plötzlicher Tod während eines asthmatischen Anfalles. (Mort subits dans l'asthme.) Von Dr. Combemale. (Bull. médical du Nord No. 18.)

Ein 40jähriger Mann zeigt Anfälle von hartnäckigem Erbrechen, Tachycardie und Dyspnoe, welche Symptome blos abwechselnd, selten zusammen auftraten, so dass Patient keine freien Stunden hatte. Die Diagnose wurde mit Recht auf functionelle oder organische Veränderung der Pneumogastrici oder der Bulbi gestellt. Potio Rivieri, Aconit und Schröpfköpfe brachten immer Linderung, ohne die Recidiven zu verhindern. Plötzlicher Tod während eines Anfalles. Die wegen des obwaltenden Interesses genau ausgeführte Section ergab keine groben Veränderungen, sondern man fand nur Tracheitis catarrhalis; es hatte sich also um eine Reflexneurose, welche G. Sée „Pseudoasthma" nennt, gehandelt; nach diesem Autor sind dies die einzigen Fälle, welche bisher plötzlich zum Tode geführt haben. Dr. P. K.

Venöse Varices des Oesophagus bei Potatoren. (Les Varices véneuses de l'oesophage dans l'alcoolisme chronique.) Von Dr. Letulle. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 17 Octobre 1890.)

Patient starb an bedeutenden und oft sich wiederholenden Blutungen. Die Section ergab bedeutende Venenerweiterungen in der Speiseröhre. Leber und Magen intact, Milz sclerosirt. Das Leiden kommt oft bei Säufern vor, seine Entstehungsweise ist aber nicht erklärt; Lebercirrhose als Ursache fehlt oft, man muss directen Reiz der Oesophagusmucosa als ursächliches Moment annehmen. Dr. P. K.

Lähmungen des Musculus aryarytänoideus. (Des paralysies du muscle aryaryténoidien.) Von Professor Dr. Proust und Dr. Tissier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1890.)

Viel häufiger, als allgemein angenommen wird; sie sind von den Lähmungen der einzelnen Larynxmuskeln die häufigsten. Verff. geben 4 hierher bezügliche Krankengeschichten, von denen die dritte sehr interessant ist. Die Anatomie des Aryarytenoideus ist festgestellt; seine physiologischen Functionen sind aber nicht genau beschrieben, indem bei normalen Tönen oft ein Spalt an der hinteren Commissur bleibt. Totale Lähmung des Muskels bringt Aphonie, Parese vermindert die Intensität und die Höhe des Tones. Alle Ursachen der Lähmung lassen sich auf Hysterie und Catarrh zusammenfassen. Dr. P. K.

Neuritis des Recurrens durch Druck, Phonationslähmung der Stimmbänder. (Névrite du recurrent par compression et paralysie phonatoire des cordes vocales.) Von Dr. Velluti. (Riforma medica und Revue de laryngologie No. 2.)

Ein 35jähriger tuberculöser Mann zeigt Fistelstimme und Empfindlichkeit bei Druck auf den Larynx. Die Section liess centrale Lähmung und locale Larynxerkrankung ausschliessen; es bestand Druck auf den Recurrens durch Ganglien der Trachea und der Bronchien. Die microscopische Untersuchung ergab Nervenzerstörung. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper. (Deux cas d'oesophagotomie externe pour corps étrangers.) Von Dr. Roersch. (Clinique chirurgicale de l'université de Liège und Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 4, 1891.)

Im ersten Falle war von einem 64jährigen Manne ein 4 Zähne und 2 Haken tragendes falsches Gebiss verschluckt worden; die Extractionsversuche gelangen nicht. Die classische Oesophagotomie wurde 40 Stunden nach dem Unfall ausgeführt. Tod am selben Abend. Patient litt an einem Herzfehler und war Epileptiker.

Im zweiten Fall handelte es sich um ein 5jähriges Mädchen, welches einen Manschettenknopf verschluckt hatte. v. Winniwarter führte diese zweite Operation mit besserem Endresultate aus; sie wurde 18 Stunden nach dem Unfall ausgeführt und die Heilung war nach 15 Tagen vollständig. Dr. P. K.

Ueber kalte Abscesse der Brustwandungen; Mediastinitis tuberculosa. (Des abcès froids des parois thoraciques; médiastinites tuberculeuses.) Von Dr. Tuffier. (Semaine médicale No. 46. — Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin.)

Interessante Erklärung des Entstehens von 4 kalten Abscessen der äusseren Brustwand in Folge von tuberculöser Mediastinitis; eigentlich bestehen 2 Abscesse, ein äusserer, ein innerer, welche mit einer knopfförmigen Oeffnung in Verbindung stehen. Diese Oeffnung entspricht der in jedem Intercostalraum 3 Ctm. nach aussen vom Sternum gelegenen Austrittsöffnung der Intercostalnerven, der Blut- und Lymphgefässe; bekanntlich suchen der Eiter und überhaupt die krankhaften Secrete immer das diese Gebilde umgebende und am leichtesten zu durchdringende Bindegewebe zu ihrer Weiterbewegung auf. Diese inneren, vom Mediastinum ausgehenden Abscesse sind wenig tief, aber desto mehr in der Fläche ausgedehnt; ihre tiefe Wand ist durch die verdickte Pleura oder das Pericardium, ihre äussere durch die Intercostalmuskeln und die innere Fläche der Rippen gebildet. Dieser pathologisch-anatomische Bau der doppelten kalten Thoraxabscesse erklärt die Unzulänglichkeit der Eröffnung, der Jodoformäther-Einspritzungen und des Auskratzens. Man muss den äusseren Abscess in seiner ganzen Ausdehnung eröffnen, eine kranke Stelle am Knochen (Rippe oder Sternum) aufsuchen; findet man keine, so muss man sich nicht mit der Diagnose von Periostitis begnügen, sondern durch die Eingangsöffnung der Blut- und Lymphgefässe und Nerven sondiren, dann die Rippen und Sternum in ausgiebiger Weise reseciren, ausputzen, die Hautränder per primam zu vereinigen suchen und drainiren. Dr. P. K.

Seltene Complication eines pleuritischen Exsudates: Pleuro-Oesophagealfistel. (Sur une complication rare de la pleurésie purulente: la fistule oesophago-pleurienne.) Von Dr. Letulle. (Hôtel Dieu de Paris und Semaine médicale No. 44.)

Ein rechtsseitiges, eitriges, pleuritisches Exsudat gab nach eine Zeit lang vorhergegangener Punction und täglichen Ausspülungen im sechsten Monat seines Bestehens eine Pleuro-Oesophagealfistel; das Drainrohr konnte nicht beschuldigt werden, da nach Verf.'s Methode das Rohr um-

gebogen wird und beide Enden durch die Wunde frei zu Tage treten; es war keine Ursache nachzuweisen. Die Fistel war gross, ohne Schmerzen entstanden, nicht beständig offen, lässt nie Eiter in den Oesophagus fliessen, lässt die Nahrung theilweise in den Magen gelangen, befindet sich unter dem Niveau der Trachea und des rechten Bronchus. Verf. sucht klinisch nachzuweisen, dass die eiterigen Exsudate wohl die Lunge und die Intercostalräume durchbohren, jedoch immer die Aorta thoracica und den Oesophagus schonen; man muss also eine Erkrankung, und bei diesem der Tuberculose verdächtigen jungen Mann eine locale tuberculöse Erkrankung des Oesophagus annehmen; da letztere aber überhaupt nicht bewiesen sind, so kann man auch an eine einfache Ulceration oder an eine eiterige Drüsenentzündung denken. Dr. P. K.

Aphasie mit Hemiplegie im Wochenbett. Heilung. (Aphasie et hémiplégie pendant les suites de couches. Guérison.) Von Dr. Rémy. (Mémoires de la société de médecine de Nancy, Séance du 12 Février 1890.)

Die Lähmung verging in 12 Stunden Zeit von selbst, die Aphasie bestand fort. Herzgeräusch, Albumen im Urin fehlt. Unter Brombehandlung verging die Aphasie in 8 Tagen. Albuminurie, Apoplexia cerebralis, Syphilis, reiner Nervosismus konnten ausgeschlossen werden. Bekannter Weise kommt Endocarditis während der Schwangerschaft häufig vor; Verf. nimmt demgemäss eine Embolia cerebralis an, welcher Annahme auch der Verlauf der Krankheit, das Verschwinden des Herzgeräusches und das spätere Wohlbefinden entsprechen. Dr. P. K.

Ueber das motorische laryngeale Corticalcentrum und über die von diesem im Gehirn verlaufenden Fasern. (Du centre cortical moteur laryngé et du trajet intracérébral des fibres qui en émanent.) Von Dr. Felix Semon und Prof. Victor Horsley. (Antwort auf die von Garel und Dor über dasselbe Thema veröffentlichte Arbeit. [Reponse à un travail sur la même matière publié par Garel et Dor.])

Ueber das laryngeale Corticalcentrum. (A propos du centre cortical moteur du larynx.) Von Dr. Garel und Dr. Dor. (Antwort auf die von Dr. Felix Semon und Victor Horsley veröffentlichte zweite Arbeit. [Réponse à Messieurs Semon et Horsley.])

Beide Arbeiten betreffen die vielbesprochenen Arbeiten über das bekannte Thema, welches noch nicht endgiltig entschieden ist; die zwei Themata werden am besten im Original nachgelesen. Dr. P. K.

Stecknadel drei Monate im rechten Bronchus, mit Erfolg entfernt. (Epingle ayant séjourné trois mois dans la bronche droite, enlevée avec succès.) Von Dr. Washam. (Nord. American. Practitionner und Revue mensuelle de laryngol. No. 1, 1891.)

Ein 10jähr. Kind spielte mit einer Luftflinte, liess eine mit dickem Kopf versehene Stecknadel in die Flinte fallen, konnte selbe nicht mehr herausbefördern und saugte deshalb am Gewehrlauf. Die Stecknadel kam mit der Spitze nach vorne in den Larynx. Hustenanfall, darauf Ruhe. Die Eltern glaubten die Stecknadel im Magen. Husten bestand fort, nach 2 Monaten lobuläre Pneumonie an der rechten Lunge; letztere heilte, aber der Husten dauerte fort. Laryngoscopischer Befund negativ. Ein Monat später Tracheotomie. Eine in den rechten Bronchus ein-

geführte Sonde stiess auf den Fremdkörper, welcher mittelst einer geeigneten Zange entfernt wurde. Dr. P. K.

Personal-Nachricht.

Herr Hofrath Dr. S. Moos, welcher bis jetzt als Professor extraordinarius an der Universität Heidelberg Ohrenheilkunde docirte, wurde über Antrag der dortigen med. Facultät zum ordentlichen Honorar-Professor desselben Faches ernannt. Prof. Moos gehört zu den eifrigsten und verdienstvollsten Förderern der neueren Ohrenheilkunde, hat demnach diese Auszeichnung bestens verdient. Die ehrwürdige medicinische Facultät in Heidelberg aber hat, indem sie die Initiative in dieser Angelegenheit ergriff, bewiesen, dass sie hervorragende Leistungen deshalb nicht weniger schätzt, weil sie auf einem Gebiete zu Stande kamen, welches, wie die Ohrenheilkunde, wohl nur von Wenigen gekannt, aber gerade darum von Vielen verkannt wird.

INHALT.

I. Originalien: Krakauer: Ein Fall von multipler Exostosenbildung am Schädel mit halbseitiger Gesichtsatrophie. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891. — Linkenheld: Nervöser Kehlkopfhusten bei einem 11jähr. Jungen. — Krieg: Berichtigung. — Grünwald: Zur „Erwiderung" des Herrn Hansberg. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Zaufal: Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge von Otitis media. — Gruber: Zur Behandlung der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung mit Durchlöcherung der Shrapnell'schen Membran. — b) Rhinologische: d'Aguanno: Anosmie nach 40 Jahren geheilt. — Quenu: Caries der Wandungen des Sinus sphenoidalis. — c) Pharyngo-laryngologische: Gross: Macroglossie bei einem 6jährigen Kinde. — Catrin: Simulirter Mutismus. — Comby: Zungenbändchengeschwür unabhängig vom Keuchhusten. — Huguin: Ein frühseitiges Symptom des Keuchhustens. — Grellety-Bosviel: Beitrag der Complicationen in der Mundhöhle bei Typhus. — Gallardo: Spontane Eröffnung einer Zungencyste. — Stöckel: Seröse folliculäre Cyste des Unterkiefers, einen Weisheitszahn enthaltend. — Le Dentu: Enchondrom der Parotis. — Boza: Schnelles und sicheres Mittel, die Epiglottis in die Höhe zu heben. — Vilcoq: Phlegmone nach Influenza; parapharyngealer tiefer Abscess. — Hooper: Demonstrationsmethoden der Larynxbewegungen. — Lacoarret: Acute Entzündung der Articulatio cricoarytaenoidea. — Michaël: Aussergewöhnliche Complication der Tracheotomie bei Greisen. — Glover: Manuelles Verfahren bei der Tracheotomie bei Erwachsenen. — Barbier und Schrevens: Uebertragung von Diphtheritis der Vögel auf den Menschen. — Compaired: Catameniale Larynxblutungen. — Desvernine-Galdos: Laryngotrachealfractur. — Mittheilungen und Discussion über die in den Dresdener Krankenanstalten bei Anwendung des Kochschen Verfahrens gemachten Beobachtungen. — Lamallerée: Anwendung der Kohlensäure bei Larynx- und Lungenleiden. — Capart: Fremdkörper im Larynx. — Lamy: Morbus Basedowi. — Nalty: Elastische Compression der Glandula thyroidea in der Basedow'schen Krankheit. — D'Ardennes: Druck auf den Hals bei Bulbärkrisen der Dyspepsie. — Regnier: Dermoidcyste am Halse. — Marano: Laryngitis haemorrhagica und Influenza. — Botey: Einfluss der Schwangerschaft auf gewisse Arten von Laryngitis sicca. — Martino: Primäres Larynxoedem. — Koeberlé: Polypöse und papilläre Larynxtumoren. — Ronkovitsch: Laryngostenose nach Perichondritis nach Typhus. — Koch: Ueber Trachealtumoren. — Parker: Verstopfung der Trachea durch eine verkäste Lymphdrüse. — Moure: Zur Lehre der Fremdkörper der obersten Luftwege. — Bryant: Partielle Verstopfung der Bronchien durch Fremdkörper. — Combemale: Plötzlicher Tod während eines asthmatischen Anfalles. — Letulle: Venöse Varices des Oesophagus bei Potatoren. — Proust und Tissier: Lähmungen des Musculus aryarytänoideus. — Velluti: Neuritis des Recurrens durch Druck — Roersch: Zwei Fälle von Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper. — Tuffier: Kalte Abscesse der Brustwandungen. — Letulle: Pleuro-Oesophagealfistel. — Rémy: Aphasie mit Hemiplegie im Wochenbett. — Semon und Horsley: Das motorische laryngeale Corticalcentrum. — Garel u. Dor: Ueber das laryngeale Corticalcentrum. — Washam: Stecknadel drei Monate im rechten Bronchus, mit Erfolg entfernt. — Personal-Nachricht.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Meldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, November 1891.** **No. 11.**

I. Originalien.

Ueber Gehörsstörungen des Betriebspersonals der Eisenbahnen, mit Bezug auf die Sicherheit des reisenden Publikums*).

Von

Dr. **Kornel Lichtenberg** in Budapest.

Motto: Le médecin philosophe voit une foule de maux bien réels prendre naissance à la source de tant d'utiles et ingénieuses inventions.
Corvisart.

Das Studium der Beschäftigungen bietet der Gesundheitslehre einen überaus anziehenden Stoff, nützliche Anweisungen gebend Demjenigen, der die endgiltigen Ursachen der Krankheiten zu erforschen hat, sowie auch Dem, der dieselben zu heilen beabsichtigt. Denn es ist jetzt schon zweifellos festgestellt, dass der Beruf des Menschen einen entscheidenden

*) Ich habe den seiner Zeit in Berlin gehaltenen Vortrag bisher aus dem Grunde nicht veröffentlicht, weil ich durch fortgesetzte Untersuchungen den Gegenstand für Ungarn erschöpfen wollte. Leider war ich jedoch in dieser Absicht verhindert. Ich publicire die Arbeit auch jetzt nicht spontan, sondern aus dem Grunde, weil von mehreren hochachtbaren Collegen vom Auslande danach gefragt wurde, vorbehalte mir jedoch die recht baldige Reprise der Frage; dann wird auch die Literatur des Gegenstandes gebührend berücksichtigt.
Der Verfasser.

Einfluss auf seine Gesundheit ausübt, sowie auch, dass der riesige Aufschwung, den die Industrie dieses Jahrhunderts, sowie die Fabrikation neu erfundener Materialien und die vielfältigen und ausgedehnten Verkehrsmittel genommen, die Gesundheitsverhältnisse der arbeitenden Classe veränderte. Es giebt jedoch unter den Beschäftigungen auch solche, deren hygienische Verhältnisse wir bisher kaum oder gar nicht kennen, die jedoch verdienen, dass der Arzt sich eifriger mit denselben befasse, als es bisher geschehen. Unter den letzteren befindet sich eine, deren Entstehung kaum 60 Jahre alt, welche aber ihrer grossen Verbreitung halber schon als Object eines dankbaren Studiums gemacht werden kann, ich meine die bei den Eisenbahnen im ausübenden Dienste stehenden Locomotivführer, Heizer, Conducteure, Packer und Eisenbahn-Aufseher, welche in Folge ihrer Beschäftigung speciellen Leiden unterworfen sind.

Meinem Berufe entsprechend, wählte ich aus dem vorhandenen grossen Material die Erforschung jener Einflüsse, welche die Eisenbahn auf das Gehörorgan dieses Personals ausübt. An der Spitze eines Zuges stehend, unter so vielen ausnahmsreichen Umständen, sowie auch den verschiedensten Luftströmungen ausgesetzt, in beständiger Gefahr schwebend, müssen diese nützlichen, unermüdlichen und eine grosse Verantwortlichkeit tragenden Individuen mehr oder weniger darunter leiden.

In den letzten 2 Jahren habe ich 250 dem Zuge zugetheilte Eisenbahn-Bedienstete untersucht.

In meinen Absichten wurde ich von den Aerzten der k. u. Staatsbahnen, namentlich durch die Herren DDr. Ignátz Stáhly und Julius Tóthfalusy mit der grössten Bereitwilligkeit unterstützt, die mir alle Informationen freundlichst zur Verfügung stellten.

Nach Ordnung des Materials, nach dem Studium des Verkehrs- und Signaldienstes, nach Ausforschung zahlreicher Locomotivführer, Heizer, Conducteure und Bahntechniker ging ich daran, meine Erfahrungen zu resumiren.

Schon in den fünfziger Jahren hat man sich im Auslande, namentlich in Frankreich und Deutschland, damit befasst, jenen Einfluss zu erfahren, welchen die Eisenbahnen auf das Zugpersonal auszuüben pflegen. Das Gehörorgan wurde bei diesen Bestrebungen wenig beachtet, obgleich ein Jeder zugeben musste, dass das Gehör nach einer gewissen Dienstzeit mehr oder weniger zu leiden hatte. Moos war der Erste, der vor 6 Jahren auf dem internationalen Congresse der Ohrenärzte zu Mailand sich mit der Frage vom Standpunkte des Ohres beschäftigte und präcise, auf Grundlage sehr ernster Daten, auf jene Gefahren hinwies, welche das Gehör namentlich der Locomotivführer und Heizer bedrohen. Dieser Impuls rief eine ansehnliche Literatur des Gegenstandes hervor, und in Anbetracht seiner Wichtigkeit muss man sich in berufenen Kreisen auch schon bei uns in Ungarn damit befassen.

Unter den 250 untersuchten Individuen habe ich 92, d. h. 36,8 pCt. Ohrenkrankheiten gefunden, von denen nur 58, also 23,2 pCt., verschiedengradige Gehörsreductionen aufwiesen, während in den restirenden 34 Fällen vorläufig noch keine oder wenigstens keine practisch nachweisbare Gehörsstörung vorhanden war, obzwar die Art der krankhaften Symptome die früher oder später auftretenden Gehörsanomalien schon im Vorhinein anzeigte.

Folgende pathologische Formen waren vorhanden: Chronische Mittelohrcatarrhe in verschiedenen Entwicklungsphasen 14; Ohrenfluss 3; acute eitrige Trommelhöhlenentzündung 1; Hyperästhesie des Gehörnerven 1; Labyrinthaffection 3; Hyperostose im äusseren Gehörgang 1; negative und positive Spannungsanomalien des Trommelfells 4; hochgradige Abschuppung im äusseren Gehörgang 1; Ohrenschmalzpfröpfe **36**; organisirte Infiltrationen des Trommelfells 5; Trommelfellnarben 5; trockene Trommelfelldefecte 4; umschriebene Trommelfellatrophie 1.

Wenn wir diese verschiedenartigen Ohrenkrankheiten, von der einfachen functionellen Ueberempfindlichkeit bis zum trockenen Mittelohrcatarrh und den Labyrinthkrankheiten, in der Nähe betrachten und diese Untersuchungsresultate mit der Krankengeschichte und der Dienstzeit der Individuen vergleichen, so werden wir zu höchst interessanten und für die Sicherheit des auf Eisenbahnen reisenden Publikums sehr wichtigen Consequenzen gelangen.

Bevor ich dieselben in ihrer ganzen Unerbittlichkeit ziehe, muss zweierlei constatirt werden: erstens ist ein **tadelloses** Gehör des Zugpersonals auf Eisenbahnen unerlässlich, und zweitens ist das Ohr schon in Folge des Berufes mehr exponirt, als ein anderes Organ.

Es ist allgemein bekannt, dass bei den Eisenbahnen zweierlei Signale im Betriebe sind: optische und acustische. So gute Dienste die optischen Signale nun auch verhältnissmässig leisteten, so war doch, fast von Anfang ihrer Einführung, mit ihrem Gebrauche das Gefühl der hohen Unvollkommenheit des Princips verknüpft, das bei jeder Trübung der Atmosphäre und in jedem Falle, wo es thunlich war, die Aufmerksamkeit des saumseligen Nachbars hervorzurufen, drastisch hervortrat. Nichts ist trüglicher, als der Eindruck der optischen Zugsignale, die oft in unerwarteter Gestalt in Nacht und Nebel an den bahnbewachenden Beamten vorüberbrausen; nichts gefährlicher, als die Veränderung der Lichterconstellationen durch das besonders im Winter vorkommende Verlöschen eines oder mehrerer der Lichter, oder das Verdecken derselben durch angepeitschten Schnee u. s. w., da oft ein Licht auf diese Weise dem Signale geradezu entgegengesetzte Deutung geben kann. Die optischen Signale sind die Zeichensprache zweier Taubstummen. Die Haupteigenschaft der Sprache, die ihr erst ihre ganze vermittelnde, cultivirende Kraft giebt, der hörbare, aus Schlummer und Unaufmerksamkeit aufjagende Anruf, fehlt ihnen. Mit der Benutzung der optischen Signale verknüpfte sich daher bei Allen, die sich an dem Ausbau der Idee des Signalwesens betheiligten, der Drang, den tonlosen, viel gehinderten Lichtstrahl durch ein für die Zeichenübermittlung geeigneteres Medium zu ersetzen. So kamen die acustischen Signale zu Stande.

Seitdem der Zusammenschluss der Maschen des Eisenbahnnetzes erfolgt ist und sich täglich vielfacher verknotet, seitdem die Wagen aller Bahnen des Continents Hunderte von Meilen und über Dutzende von fremden Linien hinreisen, seitdem zwei, drei und mehrere Bahnen oft grosse Strecken weit nebeneinander hinführen, ineinander einmünden, auf gemeinschaftlichen Bahnstrecken grosse Distanzen zurücklegen, auf derselben Station zusammenlaufen, Geleise und Personal gemeinschaftlich ausnutzen, hat diese Categorie von Signalen eine Bedeutung ganz specifischer Art gewonnen. Sie ist nicht allein von hoher Wichtigkeit

für die Sicherheit und Bequemlichkeit des Betriebes geworden, sondern hat auch eine Art von internationalem Character durch den täglich mächtiger werdenden Drang der Nothwendigkeit erhalten, im grossen Sinne gemeinsame Vereinbarung in Betreff der Apparate zu treffen, durch welche die Signale in einheitlicher Form bei allen Bahnen angebracht werden können.

Die acustischen Signale haben nach steter Entwicklung gegenwärtig folgende Formen angenommen: 1) Dampfpfeife, 2) Mundpfeife, 3) Trompete, 4) Glocken, 5) Knallkapseln, 6) Klingeln, welche Signale folgenden, ein gutes Gehör voraussetzenden Begriffen Ausdruck geben: Achtung, halt, langsam, rückwärts, Abfahrt, Bremsen fest, Bremsen los, Hilfsmaschine, Zug zerrissen, Hilfe. Ausserdem existiren noch wohl das Zugpersonal weniger interessirende, durchgehende electrisch-optisch-acustische und electrisch-acustische Signale in den Stationen.

Nach alledem ist es evident, dass Angesichts der Häufigkeit der hörbaren Signale und deren Wichtigkeit für den Verkehr das Gehör der Locomotivführer, Heizer und Conducteure jenes Organ ist, von dessen prompter Function sehr häufig die Sicherheit des Zuges abhängt. Ausser den bisher erwähnten Momenten, welche das Gehör des Zugpersonals während der ganzen Fahrt ununterbrochen in Anspruch nehmen, existiren noch andere zahlreiche Gelegenheiten, welche ein tadellos feines Gehör voraussetzen, dass dasselbe ein jedes, die Sicherheit des Zuges bedrohende verdächtige Geräusch bemerke, um noch zur rechten Zeit verfügen zu können.

(Schluss folgt.)

Bericht
über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung.)

6) Dr. Stacke (Erfurt): Weitere Mittheilungen über die operative Freilegung der Mittelohrräume nach Ablösung der Ohrmuschel[1]).

Stacke bezieht sich auf die von ihm auf dem internationalen Congress zu Berlin[2]) angegebene neue Operationsmethode zur Eröffnung der Nebenräume der Paukenhöhle, theilt seine bisherigen Erfahrungen mit und erläutert die Operation an Präparaten, Zeichnungen und durch Vorstellung geheilter Fälle.

Die Operation ist indicirt bei denjenigen, sonst unheilbaren chronischen Mittelohreiterungen, welche ihren Sitz vorwiegend in dem oberen

[1]) Vortrag 6 und 7 wurden eigentlich als erste Gegenstände der II. Sitzung noch vor Habermann's Vortrag abgehalten. Ref.

[2]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 9, pag. 272, 1890.

Raum der Paukenhöhle haben, insbesondere bei nachweisbarer Caries und Cholesteatom im Kuppelraum. — In der Regel ist das Antrum mastoideum mitergriffen, auch wo alle Symptome fehlen. Die Eiterung des Warzenfortsatzes stellte sich dann während der Operation heraus (in 33 Fällen 30 Mal), somit hat die Methode auch einen diagnostischen Werth.

Durch Ablösung der Ohrmuschel, querer Durchtrennung und Vorklappen des Gehörgangs wird das Operationsgebiet in der Tiefe so freigelegt, dass Trommelfell und Paukenhöhle bei directem Tageslicht gut zu sehen sind. Nach Beendigung dieser Voroperation werden die Gehörknöchelchen — Hammer und Ambos — mit dem Trommelfell oder dessen Resten entfernt, die äussere und untere Wand des Kuppelraumes abgemeisselt und die Antrumhöhle, falls sie sich erkrankt zeigt, nicht nur von aussen abgemeisselt, sondern durch breite Resection der hinteren Gehörgangswand bis in die Paukenhöhle in eine flache Mulde verwandelt. Diese Mulde wird nach möglichster Entfernung alles Kranken durch einen Hautperiostlappen aus dem Gehörgang gedeckt. Es hat diese Transplantation den Zweck, 1) gesunde Epidermis in das Mittelohr zu pflanzen, behufs Ueberhäutung der eröffneten Knochenhöhlen, 2) eine dauernde überhäutete breite Lücke zwischen Antrum und Gehörgang zu schaffen. Indem sie der Eiterung von der Paukenhöhle aus nachgeht, ermöglicht also die neue Methode sicher und gefahrlos eine vollkommene Freilegung der erkrankten Nebenräume auf der Sonde und beendet die Ausräumung alles Kranken in einer Narcose. — Zur Operation sind besonders gekrümmte Hohlmeissel und Schützer[3]) nothwendig.

Die Nachbehandlung ist gegen früher wesentlich vereinfacht, bedarf aber der grössten Sorgfalt und Umsicht, damit sich die Nebenhöhlen nicht durch Granulationen schliessen und so statt glatter Epidermisirung Brücken und Nischen entstehen, hinter denen die Eiterung fortbesteht. — Die durchschnittliche Heilungsdauer beträgt 4 Monate, ist also erheblich kürzer, als bei der einfachen Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.

Die bisherigen Resultate Stacke's waren folgende: Von 33 Fällen wurden 19 geheilt, 2 in andere Nachbehandlung entlassen, 2 sind ausgeblieben, 9 in Behandlung verblieben, 1 gestorben, unabhängig von dem Eingriff an Diabetes mellitus. Das Hörvermögen wurde zuweilen gebessert, nie verschlechtert, meist nicht wesentlich verändert. Somit verbindet die neue Methode eine bis jetzt absolute Gefahrlosigkeit mit einem sicheren und im Vergleich mit den früheren Methoden schnellen Erfolge.

Discussion:

Dr. Löwe (Berlin) glaubt dieselben Resultate wie Stacke erzielen zu können, indem er, nach seiner Methode vorgehend, modificirte zahnärztliche Bohrmaschinen, mit eigenthümlich gekrümmtem Handstück, anwendet und unter Führung des Ohrenspiegels das Os epitympanicum eröffnet; als Stelle wählt L. die Verlängerungslinie des Hammergriffs nach oben und vorn.

---

[3]) Zu beziehen von F. Thamm, Berlin NW., Karlstrasse 14.

Prof. Schwartze hält Löwe's Verfahren für unbedingt verwerflich und muss dem Verfahren Stacke's schon deshalb den Vorzug geben, da L. doch selbst zugiebt, durch seine Operationsmethode Facialislähmungen entstehen gesehen zu haben, bei Stacke aber eine solche ausgeschlossen ist.

Dr. Kretschmann (Magdeburg) erwähnt, dass bei der Ausführung der Operation nach Stacke eine sorgfältige Blutstillung und eine gute Beleuchtung des Operationsterrains stattfinden muss. Bei mangelhaftem Tageslicht empfiehlt sich ein kleines Glühlicht, das sich mittelst eines kleinen Halters nahe an das Operationsfeld führen lässt. — Die Operatiosmethode bei gleichzeitiger Eröffnung des Warzenfortsatzes ist nach Kretschmann etwas von der Stacke'schen abweichend. Haut- und Weichtheilschnitt wie bei Stacke. Abhebung des Gehörgangs, Incision in der hinteren Wand parallel der Längsrichtung des Meatus bis zum Trommelfell, von da an der oberen und unteren Gehörgangswand entlang; Eröffnung des Antrum, ausgiebige Entfernung der die Zwischenwand zwischen Gehörgang und Antrum bildenden knöchernen hinteren Gehörgangswand und der Pars ossea der Trommelfellwand, Vernähung des oberen Lappens des häutigen Gehörgangs mit dem oberen vorderen, des unteren Lappens mit dem unteren vorderen Weichtheilwundrand. Von dem hinteren Wundrand wird ein Lappen gebildet und an die hintere Wand des knöchernen Wundtrichters gelagert, um die Epithelüberkleidung der Operationswunde zu erleichtern und sie dauernd offen zu halten; Naht der Hautwunde. Der Verbandwechsel ist nur alle 4—5 Tage nothwendig. — Die Wunde ermöglicht die stetige Uebersicht über Tegmen der Paukenhöhle und Antrum sowie Labyrinthwand.

Prof. Schwartze erwähnt, seit 9 Monaten nach Stacke's Verfahren zu operiren, und war von 20 Fällen nur 1 Mal eine Facialislähmung aufgetreten; von den operirten Fällen sind 4 vollkommen geheilt. Die Heilungsdauer ist entschieden kürzer, als bei der Behandlung mit dem Bleinagel, doch ist dieses Operations-Verfahren bedeutend schwieriger, als das gewöhnliche, auch sind dazu unbedingt nothwendig eine genügende und geübte Assistenz, eine gute Beleuchtung und eine gehörige Vorübung an Cadavern, da ohne letztere Factoren kaum an ein Ausführen der Operation zu denken ist[4]).

Prof. Walb (Bonn) macht den Vorschlag, zur rascheren Ueberhäutung des durch die Stacke'sche Operation geschaffenen communicirenden Höhlensystems Reverdin'sche Hauttransplantationen anzuwenden.

7) Dr. Reinhard (Duisburg): Beitrag zur Hammer- und Ambos-Excision.

Nach Betonung der Häufigkeit der Atticuseiterung und Anführung der Symptome derselben, besonders die characteristischen Trommelfell-

[4]) In der am 24. September abgehaltenen III. Sitzung holt Schwartze bezüglich der Möglichkeiten bei der Stacke'schen Operation noch Folgendes nach: 1) Die Facialislähmung ist nicht sicher auszuschliessen; 2) hat das weite Vorklappen der Ohrmuschel bis zum Jochbogen in 4 Fällen zu einer Necrose an der Schuppe geführt, was für die Nachbehandlung eine unangenehme Complication ist. Bei der Operation wird der Musculus temporalis weggeschoben und nachher wird der Knochen mit demselben bedeckt. Ref.

bilder — 1) Totaldefect des Trommelfells bis auf den Hammergriff, der wie ein verrosteter Nagel frei in das Lumen der Paukenhöhle hineinragt, 2) Perforationen der Membrana Shrapnelli dicht an, hinter oder über dem Processus brevis, 3) die aus diesen herauswachsenden Granulationen, die durch ihr rasches Wiederwachsen geradezu pathognomisch für Hammercaries und Atticuserkrankung sind —, hebt Reinhard die besondere Bedeutung hervor, welche gerade der Atticuseiterung beizumessen ist, wegen der ungünstigen Secretabflussverhältnisse und wegen der unmittelbaren Nähe des Gehirns, von dem der Eiterherd nur durch eine dünne, oft mit Dehiscenzen versehene Knochenlamelle getrennt ist. In diesen, durch alle anderen Methoden oft nicht zu heilenden Fällen von suppurativer Erkrankung der Pauke oberhalb der Membrana Shrapnelli schlägt Reinhard nochmals die operative Entfernung des Hammers und Amboses nach der Schwartze'schen Methode vor.

Von 30 operirten Fällen konnte Reinhard bis jetzt 16 Heilungen erzielen (Trockenlegung und dauernde Vernarbung im Mittelohr bei mindestens halbjähriger Beobachtungszeit), in den übrigen bis jetzt nicht geheilten Fallen müsste man eine Ausbreitung der Eiterung auf die benachbarten Räume des Processus mastoideus oder auf's Antrum annehmen, oft sind auch kleine Cholesteatomherde in diesen der Verzögerungsgrund der Heilung. Nach der Operation wurde mit 2—3 proctgr. Carbollösung irrigirt und nach 8—10 Tagen, falls noch keine Vernarbung eingetreten war, mit der Schwartze'schen Antrumscanüle täglich Carbolausspülungen gemacht. — Die Dauer des Eintritts der Heilung in den erwähnten 16 Fällen war 10 Tage bis $2^1/_2$ Monate.

Als Vorzüge der Schwartze'schen Methode vor dem von Stacke[5]) empfohlenen Verfahren, nach welchem der Hammer und Ambos nach Ablösung der Ohrmuschel und Abmeisselung der Pars ossea entfernt wird, hebt Reinhard hervor: dieselbe ist nicht so eingreifend, schonender und einfacher ausführbar, trotz der vielen Schwierigkeiten, die sich gerade dieser Operation in den Weg stellen, nur eine tüchtige Uebung an der Leiche muss der Operateur derselben vorausschicken; üble Complicationen — Schwindel, Facialislähmung, bedeutendere Blutungen — sind bei dieser Methode seltener, und wurden dieselben in den 30 Fällen gar nicht beobachtet. Das Gehörsvermögen wurde in 50 pCt. der Fälle gebessert, in 50 pCt. Status idem; doch ist die Verbesserung des Gehörvermögens nicht die Indication zur Operation, sondern in erster Linie die das Leben bedrohende Gefahr der Eiterung, durch deren Sistirung ja auch das die Hörkraft schwächende Moment aus dem Wege geräumt wird.

Discussion:

Dr. Stacke (Erfurt) will durch die Empfehlung der von ihm angegebenen Operationsmethode nicht gesagt haben, dass die Entfernung der Gehörknöchelchen vom äusseren Gehörgange aus zu verwerfen wäre, doch glaubt St., dass man in der Privatpraxis den Patienten zu einer zweiten Operation schwerer überreden kann, und nach seinem Verfahren kann man Alles auf ein Mal fertig bringen, wenn auch die Operation etwas umständlicher ist, und ist ja auch z. B. die Entfernung

[5]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 9, pag. 272, 1890.

des Amboses vom Gehörgange aus auch nicht ungefährlicher; wenn aber bei hochgradiger Caries des Hammers der Hammergriff abgebrochen wird, so muss man, um den Hammerkopf entfernen zu können, doch nur von hinten her kommen.

Geheimrath Schwartze (Halle a. S.) meint, man müsse die Gefahren, mit welchen diese Operationen einhergehen, in gebührlicher Weise abschätzen, und wenn auch Schwindelanfälle und Facialislähmung in Folge der Operation sich einstellen können, ein Todesfall ist bis jetzt in der Literatur noch nicht verzeichnet worden.

III. (Schluss-) Sitzung am 24. September, Vormittags.

Vorsitzender: Prof. Walb (Bonn).

8) Dr. Kretschmann (Magdeburg) stellt einen Patienten vor im Anschluss an seine Bemerkung zu dem Stacke'schen Vortrage, welchen er nach seiner empfohlenen Methode operirte.

9) Prof. Schwartze (Halle a. S.) demonstrirt mehrere Fälle von geheilten Cholesteatomen, bei welchen die Dauerheilung bei persistenter Oeffnung am Warzenfortsatze erzielt wurde, indem die Eiterung aufgehört hat.

10) Privatdocent Siebenmann (Basel): Demonstration von Ausguss- und Trockenpräparaten.

Die vorgezeigten Trockenpräparate betreffen das Ohr, den Nasenrachenraum und das pneumatische Höhlensystem der Nase. Sie sind nach der von Semper (Zoolog. Anzeiger No. 106, Jahrg. V) kurz skizzirten Angabe hergestellt und zeichnen sich dadurch aus vor den Weingeistpräparaten, dass die Weichtheile kaum merklich geschrumpft sind, und dass sie zu Demonstrationszwecken während der Vorlesungen sich besonders gut eignen, da ihre Besichtigung und Untersuchung rascher und reinlicher vorgenommen werden kann.

Ihre Anfertigung ist folgende: Die frisch der Leiche entnommenen Felsenbeine, eventuell auch der halbe Kopf, werden in Müller'sche Lösung oder in schwache Chromsäure-Lösung fixirt, ihre Höhlen damit auch durchgespritzt, hernach gehörig ausgewaschen, dann durch allmählig verstärkten Spiritus in Alcohol absolutus und endlich in Terpentin gebracht, welcher bei grossen Stücken mindestens ein Mal gewechselt werden soll. — Die ganze Behandlungsdauer beträgt je nach der Grösse des Stückes einige Wochen bis einige Monate. — Die von Terpentin durchtränkten Präparate werden schliesslich an einem vor Staub geschützten hellen Orte getrocknet und vor dem Montiren noch zurechtgeschnitten mit Laubsäge, Scheere und Messer. — Durchschnittspräparate werden so angefertigt, dass man das fertige trockene Präparat mit einer feinen Laubsäge in der gewünschten Richtung zerlegt; zartere Präparate aber entkalkt man nach der Fixation, wäscht sie aus, bettet sie nach der bei microscopischen Arbeiten üblichen Methode in Celloidin ein, schneidet, zieht das Celloidin aus den Schnitten wieder aus mit Aether-Alcohol und legt die Schnitte nun erst in Terpentin. Beim Trocknen und schon beim Schneiden ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass dünne Schnitte sich nachträglich verbiegen können.

Solche Trockenpräparate eignen sich vorzüglich und auch besser als das der Leiche entnommene feuchte Weichtheilpräparat zur Herstel-

lung von Ausgusspräparaten des pneumatischen Systems von Nase und Ohr[6]), namentlich wenn man die Porosität des Präparates noch erhöht durch einzelne künstliche feine Stichkanäle.

Beim Eingypsen und Ausgiessen solcher Präparate ist indess zu berücksichtigen, dass sie keine Feuchtigkeit ertragen und dass die betreffenden Weichtheile, wenn sie einmal durchnässt sind, beim Trocknen bedeutend schrumpfen.

Siebenmann demonstrirte:

1) Rachendach mit Gaumen, Zungengrund und Larynx des Neugeborenen,
2) Rachendach mit Rachendachtonsille des Kindes (hypertrophisch),
3) u. 4) Rachendach mit Rachendachtonsille des Erwachsenen (normal)
5) Längsschnitt durch Antrum, Paukenhöhle und Tube,
6) Längsschnitt durch das Felsenbein (colorirt) mit Carotis, Jugularis und Facialis,
7) axialer Schnitt durch die Schnecke eines Kaninchens,
8) u. 9) Horizontal- und Frontalschnitt durch die Nase des Neugeborenen,
10) Halber Kopf (vom Erwachsenen) mit breit eröffnetem Sinus maxillaris,
11) Ausgusspräparat der Nase und ihrer Nebenhöhlen (vom Erwachsenen).

An den beiden letzten Präparaten kommen in höchst instructiver Weise die topographischen Verhältnisse der Nebenhöhlen und ihrer Ostien zur Anschauung. Sonden, welche bei Präparat 10 von der Oberkiefer-, Stirn- und Keilbeinhöhle aus in die Nase eingeführt waren, zeigten deutlich, wie an diesem Präparat, trotz der relativ bedeutenden Grösse dieser Nebenhöhlen und ihrer Zugänge, dieselben intra vitam und von vorn unmöglich hätten sondirt werden können.

Vorsitzender Prof. Walb dankt dem Vortragenden für den interessanten Vortrag.

11) Dr. Krakauer (Berlin): Ein Fall von multipler Exostosenbildung am Schädel mit halbseitiger Gesichtsatrophie; Demonstration der dazu gehörigen Gehörgangsexostose[7]).

(Schluss folgt.)

Die Glühlampe und das Einschalten des Widerstandes bei Benutzung der Accumulatoren.

Von

Dr. med. **W. Lamann** in St. Petersburg.

Ich hätte den Accumulatoren — für deren Anwendung in der Heilkunde ich in No. 2 dieser Monatsschrift, 1891, plaidirte — einen entschieden schlechten Dienst geleistet, wenn ich nur ihre Vorzüge hervor-

---

[6]) Vergl. Siebenmann: Ein Ausguss vom pneumatischen Höhlensystem der Nase. Festschrift zu Ehren des Prof. Kocher in Bern. Wiesbaden 1891.

[7]) Der Vortrag ist in No. 10 dieser Monatsschrift in extenso bereits erschienen.

gestrichen hätte, ohne zugleich darauf hingewiesen zu haben, dass die regelrechte Be- und Ausnutzung dieser Apparate erst erlernt werden will. Man käme sonst leicht in Versuchung, die Misserfolge dem System anzuhängen, statt dieselben in unserer — den Göttern sei es geklagt — mangelhaften physicalischen Vorbildung zu suchen, in dem „Bischen Physik", das der Arzt von der Hochschule her mit auf den Lebensweg bekommt.

In dieser Hinsicht stehen die Accumulatoren übrigens durchaus nicht vereinzelt da. Die Electrotechnik in der Heilkunde hat dem Arzte allerdings eine stattliche Reihe zum Theil so vollkommener und zugleich einfacher Apparate geliefert, dass der Arzt sich ruhig über eine ganze Reihe theoretischer Fragen hinwegsetzen kann. Wer wird aber andererseits läugnen wollen, dass der Arzt, der im Stande ist, den bestmöglichsten Arbeitsbedingungen seiner Apparate Rechnung zu tragen, unter den günstigsten Aussichten auf Erfolge arbeiten, während der ohne sichere physikalische Grundlage herumtappende Arzt recht oft in Verlegenheit kommen wird. Ganz besonders ist diese Behauptung dort am Platz, wo es sich nicht nur um eine Be-, sondern auch um eine Ausnutzung mancher Apparate handelt.

Von dieser Ueberzeugung ausgehend, will ich denn des Weiteren — den einmal begonnenen Faden fortspinnend — mein Mögliches thun zur ferneren Klärung einiger Fragen bei Benutzung der Accumulatoren und hoffe, dass etliche Ergebnisse meiner mehrjährigen Erfahrung manchem Collegen nicht unwillkommen sein werden.

In meinem oben angeführten Aufsatze komme ich zu dem Schluss, „dass es meiner Meinung nach zweckmässig und zeitgemäss wäre, zur Galvanocaustik, electrischen Beleuchtung und Faradisation die Accumulatoren zu gebrauchen; zur Galvanisation und Electrolyse müssen hingegen Batterien für constanten Strom mit einer grösseren Elementenzahl in ihrem alten Rechte bleiben".

Dem Titel des jetzigen Aufsatzes entsprechend, habe ich also auf die Frage über die Regulirung des Stromes bei 1) der electrischen Beleuchtung, 2) der Galvanocaustik und 3) Faradisation einzugehen.

Ich beginne mit der electrischen Beleuchtung, als dem am meisten complicirten Fall. Eine Orientirung in der Stromregulirung setzt aber ein Verständniss der Glühlampe voraus, und da sehe ich mich denn genöthigt, ein Streiflicht auf diesen — auf den ersten Blick so einfachen — Apparat zu werfen.

Es sind, was die Electricität betrifft, drei Daten für eine Glühlampe bestimmend: die Volten-, die Ampèrezahl und der Widerstand des Kohlenfadens (in Ohm's). Sind von diesen drei Daten nur zwei bekannt, so lässt sich die dritte Grösse aus der Ohm'schen Formel unter Berücksichtigung des übrigen Widerstandes im Schliessungsbogen und der Batterie leicht berechnen. In der Lampe sind die Länge und die Stärke — der Durchmesser — des Kohlenfadens maassgebend, indem der Durchmesser im Allgemeinen die Stromstärke bestimmt, die Länge des Fadens — die Voltenzahl. Nehmen wir z. B. zwei Lampen, die eine mit 2 Ctm., die andere mit 10 Ctm. langen Kohlenfäden, welche dieselbe Stärke haben und von demselben Material hergestellt sind, so werden beide Lampen bei derselben Stromstärke erglühen. Da aber die

zweite Lampe einen fünf Mal längeren Faden besitzt, dem Strome also einen fünf Mal grösseren Widerstand entgegensetzt, so muss — laut der Ohm'schen Formel — die electromotorische Kraft (die Voltenzahl) hier grösser sein, d. h. die Elementenzahl muss fünf Mal vermehrt werden.

Wenn auch die von einer Fabrik für bestimmte Zwecke hergestellten Kohlenfäden gewöhnlich von demselben Material und in derselben Stärke geliefert werden, so variirt doch meist ihre Länge, d. h. diese Lampen glühen bei einer gleichen Ampère-, jedoch bei einer verschiedenen Voltenzahl, ihrem Widerstande entsprechend. In wie weiten Grenzen der Widerstand dieser Lampen schwanken kann, zeigen meine Messungen an einem Dutzend Glühlämpchen, die von mir, als zum Clar'schen Reflector abgepasst, von Reiner in Wien bezogen worden sind. Eine Lampe ergab 20 Ohm's, eine 21, drei 22, zwei 24, drei 25, eine 26 und eine 27 Ohm's. Die Messungen wurden mit der Wheatston'schen Brücke ausgeführt. Es hat allerdings seine Schwierigkeiten, den Widerstand dieser Lampen genau zu messen, denn die geringste Erwärmung des Kohlenfadens durch den Strom ergiebt sofort einen geringeren Widerstand. Dass die angeführten Zahlen jedoch durchaus nicht aus der Luft gegriffen, dass der Widerstand in diesen Lampen wirklich recht bedeutend schwankt, kann man noch nach folgenden zwei Methoden deutlich genug nachweisen. Ich wähle die beiden extremen Lampen mit 20 (erste Lampe) und 27 (zweite Lampe) Ohm's zu unserer Untersuchung. Wie wird sich die Ampèrezahl bei diesen Lampen verhalten, wenn ich für beide dieselbe Voltenzahl, z. B. 4 Accumulatoren benutze? Aus der Ohm'schen Formel ist leicht zu ersehen, dass, da die Voltenzahl dieselbe bleibt, die erste Lampe bei ihrem geringerem Widerstande den Strom weniger schwächen wird. Das ist thatsächlich der Fall — ich lese am Ampèresmeter für die erste Lampe 0,52, für die zweite hingegen 0,4 Ampère ab. Oder — ich mache es umgekehrt. Ich untersuche die beiden Lampen bei einer Stromstärke, z. B. 0,5 Ampère. Dann muss sich eine verschiedene Voltenzahl ergeben, und zwar so, dass die zweite Lampe eine grössere electromotorische Kraft erfordern wird, als die erste. Allerdings erweisen sich für die erste Lampe 4 Accumulatoren, für die zweite 5 Accumulatoren nöthig, um die Stromstärke bis auf 0,5 Ampère zu bringen. — Werden die beiden Lampen im letzteren Falle eine gleiche Leuchtkraft entwickeln? Mit Nichten. Die zweite Lampe wird — weil der Faden länger — eine grössere leuchtende Fläche, also auch eine grössere Leuchtkraft aufweisen. Auch das bestätigt das Experiment.

Ich habe bei diesen Betrachtungen stets vorausgesetzt, dass die Stärke der Kohlenfäden eine gleiche sei. Variiren in den verschiedenen Lampen hingegen sowohl die Länge, als auch die Stärke der Fäden, dann sind die Lampen auf die erörterte Weise nicht zu vergleichen, sondern werden eine verschiedene Volten- und Ampèrezahl erfordern.

Für die Beschaffung ganz genauer Daten für eine jede zur Anwendung kommende Lampe hat der Arzt übrigens durchaus nicht zu sorgen. Abgesehen von dem Umstande, dass zu solchen Messungen kostspielige Instrumente gehören, sind genaue Zahlen schon deshalb unnöthig, weil sie doch nur für einen Bruchtheil der Lebensdauer einer Lampe Geltung haben, indem — wie ich schon in meinem oben ge-

nannten Aufsatze hingewiesen habe — die Stärke der Kohle mit der Arbeit ab- und der Widerstand des Fadens zunimmt. Aber Eins muss der Arzt entschieden wissen, nämlich: zwischen welchen Grenzen die electrischen Gegebenen seiner Glühlampen schwanken können. Was fängt der Arzt sonst an, wenn er beim plötzlichen Wechsel der Bezugsquelle nicht im Stande ist, die Volten- und Ampèrezahl der für ihn nöthigen Glühlampe anzugeben? Doch nicht nur zu diesem Zwecke sind die Zahlen nothwendig. Bei der Besprechung der Stromregulirung werden wir sehen, wie einfach man zu practisch wichtigen Schlüssen gelangt, wenn Einem Zahlen zur Verfügung stehen. Nur Zahlen und ihre folgerichtige Deutung gestatten — hier wie überall — einen freien Ueberblick und klares Verständniss. — Bis jetzt habe ich die Glühlampe an sich, d. h. unabhängig von der Frage, aus welcher Quelle die Lampe gespeist wird, besprochen. Gegenwärtig habe ich auf die Benutzung der Accumulatoren als Electricitätsquelle einzugehen, und zwar wiederum an dem Beispiele der Clar'schen Lampe.

Eine Glühlampe lässt sich überhaupt ohne Zahlen nicht besprechen. Welches sind also die electrischen Gegebenen der zum Clar'schen Reflector abgepassten Glühlampen? Die zwölf oben erwähnten Lampen ergaben mir Folgendes: Ich konnte nie mit unter vier Accumulatoren auskommen, habe aber auch bis jetzt nicht mehr als fünf Accumulatoren nöthig gehabt. Die Voltenzahl muss also zwischen 1,85 Volts $\times$ 4 = 7,4 Volts und 1,85 Volts $\times$ 5 = 9,25 Volts, kurz — zwischen 7 — 9 Volts schwanken. Nur dann erschien mir die Beleuchtung genügend. Den Widerstand habe ich oben mit 20 — 27 Ohm's angegeben und scheinen mir diese Lampen für eine Stromstärke von etwa 0,5 Ampère bestimmt zu sein.

Die nöthige Voltenzahl schwankt also zwischen 4—5 Accumulatoren. Nehmen wir fünf Accumulatoren, so wird die Mehrzahl der Lampen eine schöne Beleuchtung liefern, aber entschieden zu gefährlich für die Lebensdauer derselben sein. Soll die Lebensdauer in diesem Falle nicht gefährdet, so muss die Stromstärke durch Einschalten eines Widerstandes zu ihrer Norm zurückgeführt werden. — Wie fängt das der Arzt an? Es wäre gar nicht unmöglich, dass der auf diesem Gebiete wenig vertraute College sofort zu dem ersten besten Rheostaten greift, z. B. zu dem Gärtner'schen, der, von Leiter in Wien angefertigt, von mancher Seite zur Zeit lebhaft befürwortet wird — allerdings zu anderen Zwecken. Durch die Stellung des Schleifcontactes auf der ersten und zweiten Schraube des Gärtner'schen Rheostaten wird das Glühen gar nicht beeinflusst. Führe ich den Schleifcontact von der zweiten auf die dritte Schraube, so tritt totale Finsterniss ein. Das ist auch leicht zu erklären. Die Wheatston'sche Brücke ergiebt bei dem Gärtner'schen Rheostaten folgende Zahlen: bei Schraube I 0,02 Ohm, bei Schraube II 0,03, bei III 70,0, bei IV 82,0 Ohm's u. s. w.

Von welchem Gesichtspunkte aus haben wir hier also den einzuführenden Widerstand zu berechnen? Die Praxis zeigt uns, dass das Glühen der Lampe dann sichtlich beeinflusst wird, wenn der neueingeschaltete Widerstand etwa 20 pCt. des Widerstandes des Schliessungsbogens ausmacht. Hat man diesen Umstand im Auge und kennt man den Widerstand der Glühlampe, so ist es ein Leichtes, die Berechnung

des einzuschaltenden Widerstandes in Ohm's zu machen, indem, da der Widerstand der Accumulatoren und der Metallleitung im Vergleich zum Widerstande der Kohle sehr gering ist, es fast ausschliesslich auf den Widerstand der Glühlampe ankommt. Berechnen wir z. B. eine zum Clar'schen Reflector abgepasste Lampe im Durchschnitt mit 24 Ohm's, so ist ihr Widerstand im glühenden Zustande um etwa 50 pCt. geringer, also 12 Ohm's, und betragen 20 pCt. dieses Widerstandes 2,4 Ohm's. Hiermit ist der Widerstand, der das Glühen der von mir berücksichtigten Lampe entschieden beeinflusst, gegeben. Da der Widerstand der besprochenen Lampen, wie oben nachgewiesen, ein verschiedener ist, da ferner die Drähte und die Accumulatoren, die sich in den Händen der Aerzte befinden, in ihrem Widerstande um Einiges schwanken können, so sind die angegebenen 2,4 Ohm's selbstverständlich nur eine annähernde Grösse, die aber insofern von Wichtigkeit ist, als man, von dieser Grösse ausgehend, sich den nöthigen Widerstand leicht herstellen kann, weil die Differenz unmöglich eine grosse sein kann.

Es bleibt nun die Frage übrig, wie sich der Arzt einen Widerstand von einigen Ohm's leicht zurichtet. Es ist kaum nöthig, sich zu diesem Zwecke einen regelrechten Rheostaten anzuschaffen. Wenn es aber einer sein soll, so muss er für minimale Schwankungen berechnet sein. Doch kann man ganz gut ohne solche, mehr weniger theure Apparate auskommen.

Ein Neusilberdraht von 100 Meter Länge und 1 Mmtr. Durchmesser hat 26,4 Ohm's Widerstand*). Ein 3,78 Meter langer Draht würde also einem Ohm entsprechen. Lässt man einen Draht von solcher Länge in eine Spirale drehen, so hat man einen Ohm, der bequem ein- und ausgeschaltet werden kann. Ich habe mehrere solcher 14—17—20 Ctm. langer Spiralen von $^1/_2$—1—2 Ohm's, die mir recht gute Dienste leisten. Da die Accumulatoren so wie so durch Leitungsdrähte verbunden werden müssen, so benutze ich statt solcher, wenn nöthig, gerade diese Spiralen.

Habe ich den mir annähernd bekannten Gegebenen im grossen Ganzen durch eine entsprechende Voltenzahl Rechnung getragen, nöthigenfalls auch einige Ohm's Widerstand eingeschaltet und erhalte ich keine genügende Lichtstärke, so verstärke ich den Strom — indem ich den Widerstand verringere —, selbst auf die Gefahr hin, die Lebensdauer der Lampe dadurch geschädigt zu sehen, denn das Endziel ist und bleibt — gute Beleuchtung**). Die endgiltige Stromregulirung für den gegebenen Augenblick soll also keineswegs durch Berechnung bestimmt, sondern einfach nach Bedarf ausgeführt werden. Der für nöthig

*) Diese Zahl hat keinen absoluten Werth, denn der Widerstand schwankt beim Neusilber abhängig vom Gehalt des Nickels. Je mehr Nickel, um so grösser der Widerstand.

**) Seitdem ich mit Glühlampen von 20 Ohm's, die mir bei regelrecht bestimmter Stromstärke nur eine ungenügende Beleuchtung lieferten, zu arbeiten hatte, bin ich von der Schonung der Lampen in solchen Fällen ganz zurückgekommen. — Es wäre sehr wünschenswerth, dass die fabrikmässig betriebene Bestimmung der Voltenzahl bei den Lampen zum Clar'schen Reflector genauer vorgenommen werde, wobei ich für Lampen nicht unter 24 Ohm's Widerstand stimme.

befundene Widerstand hat nur für eine bestimmte Zeit Geltung, und zwar bis zum Dünnerwerden der Kohle.

Auch hier muss ich des Weiteren auf den Vorzug der Accumulatoren vor der Tauchbatterie zu Beleuchtungszwecken hinweisen. Abgesehen von dem reflectirten electrischen Lichte, müssen wir noch zwei andere Methoden der Beleuchtung berücksichtigen. Ich meine die directe Beleuchtung durch Einführen der Glühlampen in Höhlen und die Durchleuchtung. Allerdings liegen diese beiden letzten Methoden, so zu sagen, noch in den Windeln und nur eine verschwindende Minderzahl der Aerzte hat sich mit diesen Methoden befasst. Welchen Aufschwung diese Methoden jedoch nehmen werden, können wir gegenwärtig noch nicht beurtheilen. Forschungen und Versuche in dieser Richtung werden jedenfalls Anerkennung finden.

Wie steht nun ein mit einer Tauchbatterie, die einer bestimmten Voltenzahl entspricht, arbeitender Arzt den Forderungen dieser drei Methoden, oder, besser gesagt, diesen drei Glühlampen, von welchen jede andere electrische Daten aufweist, gegenüber? Der erste Gedanke wird immer sein: wird die vorhandene Tauchbatterie auch der Voltenzahl der neu zu beziehenden Lampen entsprechen? Es wäre nicht unmöglich, dass der Arzt sich schliesslich zur Anschaffung einer zweiten Tauchbatterie gezwungen sehen könnte — vorausgesetzt, dass er von diesem Apparat nicht lassen wollte. Der mit Accumulatoren arbeitende Arzt wird sich hingegen gar nicht um die fragliche Voltenzahl kümmern, d. h. er wird keine Bedenken in Betreff der Leistungsfähigkeit seiner Apparate haben; er ist sicher, den Forderungen einer jeden Glühlampe durch *Einschalten* einer nöthigen Accumulatorenzahl gerecht werden zu können, — und fragt er nach der Voltenzahl, so ist es nur, um sich möglichst schnell in den electrischen Gegebenen und ihren Consequenzen orientiren zu können.

Galvanocaustik. Theoretisch ist zu erwägen, dass die Brenner und die Schlinge denselben Gesetzen beim Glühen unterworfen sind, wie die Kohlenfäden der Glühlampe. Es ist dabei der wichtige Punkt und Unterschied im Auge zu behalten, dass der Widerstand des Drahtes beim Glühen zunimmt. — Obgleich meine Brenner von den verschiedensten in- und ausländischen Firmen bezogen worden, bald graciler, bald massiver gearbeitet sind, so sind doch die meisten mit einem Accumulator zum Glühen zu bringen. Ein Accumulator liefert also eine genügende Ampèrezahl. Wollte ich ein schnelleres und intensiveres Glühen erzielen, so wäre eine Schaltung zweier Accumulatoren nebeneinander ziemlich resultatlos. Das ist bei meinen Accumulatoren durchweg der Fall. Ständen wir vor der Aufgabe, dickere, etwa 2 Mmtr. dicke Platindrähte zum Glühen zu bringen, dann wäre allerdings unter Anderem die Schaltung der Accumulatoren parallel, d. h. auf grosser Oberfläche, am Platze. Doch werden Drähte von solcher Stärke in der Galvanocaustik kaum in Anwendung kommen. Genügt mir also ein Accumulator nicht, so nehme ich zwei hintereinander. Allerdings erwärmen sich bei dieser Vergrösserung der Voltenzahl selbst die Kupferdrähte der Brenner um Einiges, doch nicht so beträchtlich, dass ich deshalb von dieser Gruppirung Abstand nehmen müsste. So steht es mit meinen Brennern. Es sei jedem Arzte überlassen, bei den seinigen die günstigste Combination auf dem Wege des Experiments zu bestimmen. — Die Brenner haben

im kaltem Zustande einen sehr geringen Widerstand. So hat bei mir ein Flachbrenner nur 0,01 Ohm.

Der Verbrauch der Ladung ist bei der Anwendung der Galvanocaustik sehr bedeutend. Ein Brenner erforderte im Moment intensiver Weissgluth 16 Ampères bei Schaltung zweier Accumulatoren hintereinander. Im grossen Ganzen sollen diese schnellen Entladungen den Accumulatoren nicht besonders zuträglich sein, indem es zur Gasbildung und Abstossung der Bleihyperoxydmasse kommen kann. Doch habe ich die Ueberzeugung nicht davontragen können, dass die zur Galvanocaustik verwandten Accumulatoren mehr litten, als die zur Beleuchtung benutzten.

Zur Einschaltung eines Widerstandes habe ich selten zu schreiten nöthig gehabt. Gesetzt aber den Fall, man wäre gezwungen, einen Widerstand einzuschalten, so müsste derselbe natürlich ein minimaler sein und am besten durch Kupferdräthe ausgeführt werden. Nehme ich hingegen zwei Accumulatoren hintereinander und eine Neusilberspirale von z. B. $^1/_2$ Ohm Widerstand, so erglüht ein Brenner gar nicht, die Spirale hingegen erwärmt sich recht beträchtlich, weil in ihr der Hauptwiderstand der ganzen Kette zu suchen ist.

Faradisation. Da der Inductionsstrom practisch nicht immer bequem zu messen ist, da ferner der Widerstand des Körpers bei jeder neuen Application variirt, so erscheint der Wunsch, wenigstens in der Stärke des inducirenden Stromes eine möglichst constante Grösse zu besitzen, zum Mindesten gerechtfertigt. Das Element Grenet, das man überall neben den Inductionsapparaten nicht nur abgebildet, sondern auch im Gebrauch findet, besitzt zwar eine grosse electromotorische Kraft und einen geringen inneren Widerstand, kann sich aber in der Beständigkeit des Stromes mit dem Accumulator wegen schneller Erschöpfung der Flüssigkeit nicht messen.

Es fällt mir durchaus nicht ein, nur des Inductionsapparates wegen die Anschaffung eines Accumulator zu befürworten. Allein ich bin der Ansicht, wer sich diese Apparate z. B. Zwecks Galvanocaustik angeschafft hat, wohl thun wird, dieselben auch für die Faradisation zu benutzen. Das einzige Bedenken wäre, dass der Strom zu stark sein und die Primärspirale sich erwärmen könnte. Auf die letzte Erscheinung ist ausser der Spannung des Stromes die Stärke des Drahtes von Einfluss. Der Accumulator wäre allerdings nicht zu gebrauchen bei dem dünnen Drahte jener Inductionsapparate, die — man käme in Versuchung zu glauben — mehr „für die Westentasche", als zum Nutzen der Kranken construirt erscheinen. Von diesen Apparaten rede ich hier nicht. Nehmen wir einen du Bois-Reymond'schen Schlittenapparat von mittleren, überall vorkommenden Dimensionen (die Secundärspirale meines Apparates z. B. hat, von dem Gestell abgesehen, eine Länge von 7,5 Ctm.), so ist selbst nach längerer Arbeit eine kaum nennenswerthe Temperatursteigerung der Primärspirale zu constatiren. Die Stromstärke der Secundärspirale können wir beliebig abschwächen. Bei dem Primärstrom ist es anders; hier kann, selbst nach Entfernung des Eisenkernes und gleichzeitigem Metallschlusse der Secundärspirale in sich, der Strom noch zu stark erscheinen. Bei meinem Apparat genügt das Einschalten von 2 Ohm's, um einen ganz schwachen Primärstrom zu erzielen. Wie der Primär- und

der Secundärstrom dann gesteigert werden können, setze ich natürlich als bekannt voraus.

Selbst in jenen Fällen, wo der Accumulator bei dem Inductionsapparate ohne Widerstand benutzt werden könnte, hat das Einschalten eines solchen schon den Vorzug, dass dadurch die Platinspitze des Stiftes geschont und jeder unnützen Verschwendung der Ladung entgegengearbeitet wird, indem selbstverständlich die Entladung des Accumulators um so langsamer vor sich geht, je grösser der zu überwindende Widerstand.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Die Bacterien des Cerumens. Von Dr. F. Rohrer. (Archiv f. Ohrenhlkde., Band 29, 5.)

R. untersuchte 50 Ceruminalpfröpfe nach der bekannten Koch'schen Methode und konnte hierbei beobachten, dass eine grosse Anzahl von Bacterien im Cerumen existiren und sich von da aus in geeigneten Nährböden entwickeln können, dass ausser einer Majorität saprophytischer Species mehrere der Pathogenität suspecte Formen vorkommen, dass aus verschiedenen Medien stammende, in den Gehörgang gelangte Schizomyceten in dem dort befindlichen Cerumen perenniren können und dass ein öfteres Vorkommen gleicher Formen bei verschiedenen Individuen als sicher anzunehmen ist. R. weist ferner darauf hin, dass das spontane Auftreten superficieller, circumscripter und diffuser Entzündungen im äusseren Gehörgange und namentlich auch das Vorkommen subacuter eitriger Entzündungen im Zwischenraum von einem Ceruminalpfropfe bis zum Trommelfelle durch die pathogenen Bacterien des Cerumens genügend erklärt seien. Gomperz.

Ueber die Endigung des Nervus cochleae im Corti'schen Organ mit Demonstration von Präparaten. Von Dr. L. Katz*). (Archiv für Ohrenheilkunde Band 29, VI.)

Die rein anatomisch-histologische Arbeit beschäftigt sich mit der Darlegung der fremden und eigenen Beobachtungen über den Verlauf der radiären und spiralen Nervenfasern von den Foram. nervinis der Membrana basilaris an bis zu den Epithelgebilden des Corti'schen Organes. Gomperz.

Acustisch-physiologische Studien, verwerthet für die praktische Ohrenheilkunde. Von Dr. Hermann Dennert. (Ibidem No. VIII.)

Dennert bekennt sich auf Grund seiner physikalischen Experimente und Beobachtungen an Gesunden und Ohrkranken zu der Ansicht, dass

*) Vortrag, gehalten auf der 62. Naturforscher-Versammlung in Heidelberg.

es bis jetzt in keiner Weise bewiesen sei, dass Geräusche und Klänge ganz differente Schallqualitäten und die Schneckengebilde zur Auslösung beider nicht ausreichend wären.

D. empfiehlt ferner neben den üblichen Stimmgabeluntersuchungen die Prüfung des Hörvermögens auf kurz dauernde Reize und erblickt darin ein neues Princip der Hörprüfung; er übt sie durch rasches Vorüberführen tönender hoher und tiefer Stimmgabeln vor dem Ohre und durch Verwendung von hoch und tief gestimmten Resonatoren aus Pappe, welche beim Anschlag mit einem daran fixirten Hämmerchen, dessen Hubhöhe regulirbar ist, einen kurzen Schall geben. Inwieweit diese Prüfungsmethode sich der Diagnostik wird dienstbar machen lassen, kann jedoch D. noch nicht angeben. Gomperz.

Seltene Infection des Labyrinthes, wahrscheinlich durch den Scharlach des Kindes entstanden. Von Dr. E. Baumgarten. (Gyógyàszat, 1891, No. 40.)

B. beschreibt einen seltenen und interessanten Fall einer Labyrinthinfection bei einer Dame. Dieselbe wurde wegen Otitis media catarrhalis sinistra, Rhinitis und Hypertrophie der Rachentonsille behandelt und geheilt. Darauf bekam ihre kleine Tochter Scharlach, und waren beiderseitig die Ohren erkrankt. Es war starke Eiterung, Verlust der Trommelfelle, Affection der Proc. mastoidei eingetreten, totale Taubheit, hohes Fieber etc. Die Kleine genas und fing an, langsam zu hören. Der Zustand besserte sich im Verlaufe immer mehr, so dass nach 3 Jahren das weiter unten erwähnte Resultat aufgewiesen werden konnte. Kaum hatte sich die Kleine vom Scharlach erholt, erkrankte über Nacht die Mutter, die am Ende der Gravidität war, an heftigen Ohrenschmerzen, Fieber, Sausen, Brausen, Schwindel etc. und musste wegen Otitis media acutissima beiderseitig die Paracentese gemacht werden, doch trat den anderen Tag totale Taubheit ein, so dass eine acute beiderseitige Labyrinthitis angenommen werden musste. Der Mittelohrcatarrh heilte noch im Wochenbette, so dass nach 2 Monaten am Trommelfelle nichts Abnormes mehr zu sehen war. Von allen Mitteln hat, besonders beim starken Sausen, sich am besten Injection von Jodkali-Cocainlösung in's Mittelohr bewährt. Befund nach 3 Jahren bei der Tochter für beide Ohren: Uhr 5—6 Ctm., Flüstersprache 2 Mtr., laute Sprache 6 Mtr., tiefe Trompete nicht, Pfeife gut, Galtonpfeife schmerzhaft, doch obere Grenze unter dem Normalen; Mutter für beide Ohren: Uhr 0, Flüstersprache an Tagen, an welchen sie nicht aufgeregt ist, vor dem Ohre, Zischlaute nicht, laute Sprache bis 2 Mtr., Zahlen besser, die tiefe Trompete immer, Pfeife und Galtonpfeife absolut nicht, tiefe Stimmgabeln bis ungefähr zum normal A, darüber nicht. Die Dame ist sehr musikalisch, am Anfange, als das Gehör wiederkehrte, hatte sie viel von der Dissonanz zu leiden, jetzt nicht mehr, wenn sie selbst spielt.

B. nimmt an, dass beim Kinde die Infection durch die Art. auditiva erfolgte, das Labyrinth ergriffen wurde und eine Mittelohreiterung entstand, Resorption erfolgte und nur die oberste Windung der Schnecke zu Grunde ging; bei der Mutter, die die Kleine pflegte, die Infectionskeime in die Nase und Nasenrachenraum kamen, durch die Tuben in

das Mittelohr drangen, hier starke Eiterung erzeugten und auch in das Labyrinth wanderten. Die Heilung im Mittelohre erfolgte rasch, doch hat sich, wenn die Helmholtz'sche Theorie richtig ist, nur ein kleiner Theil der Schnecke erhalten, und zwar nur der oberste Theil, während die unteren Windungen zu Grunde gingen. Möglich, dass Hensen Recht hat, dass bei der Mutter die ganze Schnecke zu Grunde gegangen ist und sie durch andere Theile des Labyrinthes hört. Lg.

Ueber die acute Eiterung und Entzündung in den Zellen des Warzenfortsatzes und ihre Heilung durch Ausmeisselung der Zellen ohne Eröffnung des Antrum mastoideum. Von Dr. Hessler. (Archiv f. Ohrenheilkde. Band 27, XI, XVI, Band 28, I.)

Die sehr fleissige Arbeit soll die Aufmerksamkeit der Ohrenärzte auf die schon von Bezold u. Hedinger beschriebenen Formen der Warzenfortsatzerkrankungen hinlenken, welche sich nicht durch direkte Fortleitung der eitrigen Entzündung auf dem Wege des Antrum mastoideum entwickeln, sondern gleichzeitig mit der Mittelohreiterung in Zellen auftreten, welche mit dem Antrum keine Communication zeigen. Es sind das jene Formen, bei denen die Entzündungserscheinungen, wie schon Bezold erkannte, zuerst und ganz circumscript an der Spitze des Warzenfortsatzes auftreten, während bei Eiterretention im Antrum die Druckempfindlichkeit und Anschwellung der vorderen oberen Partie des Warzenfortsatzes entspricht. Für die ersteren Fälle passt nicht die Eröffnung des Antrum mastoideum, sondern die viel einfachere Blosslegung des Empyems in den Warzenzellen, welche Operation H. Excision des Warzenfortsatzes nennt. Von 23 derartigen Fällen führte H. 22 zur Heilung. Bezüglich der Details der Krankengeschichten verweisen wir auf das Original. Gomperz.

Ueber den Missbrauch des Politzer'schen Verfahrens bei der Behandlung von Ohrenkrankheiten. Von Prof. Dr. K. Bürkner. (Berl. clin. Wochenschr., 3. Nov. 1890.)

Der Autor hat sich die Aufgabe gestellt, im Interesse des Politzerschen Verfahrens, dessen Erfindung er als einen Fortschritt von epochemachender Bedeutung anerkennt, der wie kein anderer Umstand die junge otologische Disciplin rasch und nachdrücklich gefördert und verbreitet hat, vor den immer mehr überhandnehmenden Missgriffen zu warnen, welche bei kritikloser, fehlerhafter Verordnung seinen Werth herabsetzen können.

B. macht zunächst darauf aufmerksam, dass beim Politzer'schen Verfahren die Luft in beide Ohren streichen und bei einem einseitigen Passagehindernisse in der Tuba um so leichter in das gesunde Ohr eindringen könne. Die so hervorgerufene Drucksteigerung erzeugt im gesunden Ohre, wie schon Politzer es ausgeführt hat, ein Gefühl von Völle und eine Verminderung der Hörschärfe, welche bei öfterer Wiederholung das vorher gesunde Ohr dauernd schädigen könne; eine deutlich wahrnehmbare Erschlaffung des Trommelfelles zeige sich dann als die Ursache der bisweilen erheblichen Verminderung der Hörfähigkeit. B. hält daher das Politzer'sche Verfahren im Allgemeinen nur im kind-

lichen Lebensalter für indicirt, und zwar bei den acuten Mittelohrkatarrhen und den Paukenhöhleneiterungen mit Durchbruch des Trommelfelles ohne Weiteres, bei den chronischen Mittelohrkatarrhen ohne Sklerose, falls beide Ohren befallen sind. Bei einseitiger Affection dagegen, sowie bei Erwachsenen, solle man, wo es sich durchführen lasse, den Katheterismus ausführen.

Bezüglich der Anwendung des Politzer'schen Verfahrens in Fällen, wo keine Indication hierfür vorlag, hat Bürkner ganz merkwürdige Erfahrungen gesammelt. So erzählt er, das Politzer'sche Verfahren angewendet gesehen zu haben bei unschuldigen Affectionen des Gehörganges, des Labyrinthes; einst sah er einen Patienten, welcher ein Vierteljahr lang mit dem Politzer'schen Verfahren behandelt worden war, obwohl seine Schwerhörigkeit lediglich auf einer Cerumenansammlung beruhte.

Der Selbstbehandlung Ohrenkranker mit dem Politzer'schen Verfahren weiss der Verfasser ebenfalls wenig Gutes nachzusagen; es ist eine gefährliche Waffe in der Hand der Laien, die sich gar oft an die Vorschriften des Arztes nicht kehren, das Verfahren zu häufig anwenden, und (bei einseitiger Affection) der Besserung im kranken Ohre gewöhnlich mehr Beachtung schenken, als der zunächst vorübergehenden, dann aber sich dauernd etablirenden Dumpfheit und Schwerhörigkeit auf dem gesunden Ohre. Auch persistirende Geräusche können sich nach allzu ausgiebigem Gebrauche des Politzer'schen Verfahrens entwickeln. Die Ueberlassung des Ballons an Laien führe auch dazu, dass dieser Ballon, der dem Einen gut gethan hat, nunmehr im Kreise aller ohrleidenden Bekannten herumwandere, wobei Schaden genug gestiftet werde. Trommelfellrupturen kämen nicht nur beim Politzer'schen Verfahren, sondern auch beim Katheterismus vor, allerdings nur an schon vorher erkrankten, abnorm dünnen, verkalkten, oder unregelmässig gespannten Membranen.

Schliesslich erwänt B. das häufig vorkommende gewaltsame Eindringen der comprimirten Luft in den Magen des Patienten, das vielen Kranken so lästig sei, dass sie sich lieber den Katheter einführen lassen. Gerade deshalb ist Bürkner, obwohl er es noch täglich ungezählte Male ausführe, mit dem Politzer'schen Verfahren immer weniger freigebig geworden. Gomperz.

Ueber Pyoktanin bei Stirnhöhleneiterung. Von Dr. Katzenstein (Assistent der Baginsky'schen Policlinik). (Therapeut. Monatshefte 1891, September.)

Der Aufsatz, welcher sich gegen die von Cholewa (Therap. Monatshefte 1891, März) gerühmten Erfolge der localen Anwendung von Pyoktanin bei Empyem der Stirnhöhle richtet, ist besonders dadurch auffällig, dass der Autor auf Grund zahlreicher Versuche am Lebenden sowie besonders an Sagittalschnitten durch Schädel zu dem „unantastbaren" Resultate gelangt, dass die Sondirung der Stirnhöhle nicht möglich ist, jedenfalls nicht ohne Läsion von Siebbeinzellen, und auch dann nur in Ausnahmsfällen. K. geht sicherlich mit seiner gegentheiligen Behauptung zu weit. Unzweifelhaft gelingt die Sondirung in manchen, nicht zu seltenen Fällen, und zwar ohne Siebbeinläsion, selbst ohne Knickung

oder Abtragung der mittleren Muschel; der Beweis für die erfolgreiche Sondirung ist allerdings meist nur indirect aus der Lage und Länge des eingeführten Sondenstücks zu erbringen, jedoch fehlt es auch nicht an directen Beweisen; so beobachtete Ref. in einem Falle beim Durchspritzen durch die in die rechte Stirnhöhle eingeführte Canüle den Austritt der Flüssigkeit aus der linken Nasenseite; die Annahme der Circulation der Flüssigkeit durch die Choanen konnte durch die darauf angestellten Beobachtungen ausgeschlossen werden. Es bestand hier also zwischen den Stirnhöhlen eine Communication und war das Resultat der Einspritzung der directe Beweis für die richtige Lage der Canüle in der rechten Stirnhöhle. Zahlreiche Erfahrungen vieler Autoren über die Ausführbarkeit der Sondirung sprechen ebenfalls für dieselbe (cf. u. A. diese Monatsschrift 1888, pag. 269. — 1890, pag. 46). Keller.

---

b) Rhinologische:

Behandlung der Ozaena mittelst Höllensteinzerstäubungen. (Traitement de l'ozène par les pulverisations de nitrate d'argent.) Von Dr. Meijer. (Semaine médicale und Revue de laryngologie No. 4, 1891.)

Verf. entfernt zuerst mittelst trockener Baumwolle Krusten und Secrete, wendet dann 2proctge. und in steigender Dosis bis 25proctge. Höllensteinlösung an; die Canüle des Zerstäubers muss tief in die Nase eingeführt werden. Verf. behauptet, in einigen Wochen Heilung zu erzielen. Dr. P. K.

Tic douloureux als Folge einer Exostose der Nasenscheidewand. (Tic douloureux produit par une exostose de la cloison nasale.) Von Dr. Gillian. (New-York medic. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Resection der Nervi infra- und supraorbitalis halfen nicht. Eine zwischen Vomer und Cartilago triangularis am Septum aufsitzende Exostose wurde operirt und der Tic heilte. Dr. P. K.

Aetzen der mittleren Nasenmuschel mit folgender tödtlich verlaufender Meningitis. (Cautérisation du cornet moyen suivie de méningite mortelle.) Von Dr. F. Quinlan. (Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Ein 16jähriges Mädchen hatte verschiedene intranasale Operationen gut überstanden; nach einer neuen mittelstarken Aetzung der mittleren Nasenmuschel entstand Meningitis, welche in einigen Tagen zum Tode führte. Dr. P. K.

Asepsis bei intranasalen Operationen. (The Aseptic Method as Applied to Intra-nasal Surgery.) Von John O. Roe, Rochester, N.-Y. (The Medical News, 28. März 1891.)

Die Absicht des Verf.'s besteht darin, das Operationsfeld nach gehöriger Desinfection möglichst hermetisch abzuschliessen. Zu diesem Zwecke führt er passend geformte Metallplatten (aus Zinn, Kupfer oder

Aluminium) ein, welche mit Angora-Wolle oder Sublimat-Watte gehörig umwickelt sind. Verf. rühmt dieser Methode viele Vortheile nach. Ob man jedoch mit derselben eine bessere Asepsis erzielen kann, als mit einem einfachen Watte-Tampon (i. e. Bor- oder Sublimat-Watte oder dergl.), möchte Ref. noch sehr dahingestellt sein lassen.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Syphilitischer Schanker der Nasenscheidewand. (Chancre syphilitique de la cloison des fosses nasales.) Von Dr. A. Marfan. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie und Revue de laryngologie No. 2, 1891.)

Seltene Fälle. Ein 17jähriger Mann zeigt rechts an der Nasenscheidewand, 1 Ctm. nach hinten, einen runden, gelbweiss belegten, unbeweglichen Tumor, der die Grösse einer Haselnuss hat; die grosse Härte war auffallend; Heilung durch antisyphilitische Behandlung.

Dr. P. K.

Nasendiphtheritis schwer bei Kindern zu erkennen. (Diphtheries nasales de diagnostic difficile dans l'enfance.) Von Dr. Emmet Holt.

Verf. erzählt zwei schwierige Diagnosen. In der ersten bestand der Nasalfluss während zwei Wochen, ehe Mandeldiphtheritis auftrat; man bemerkte erst nach 20 Tagen eine Membran in der Nase. In dem zweiten Fall bestand der Ausfluss während 29 Tagen, ohne dass Pharynxdiphtheritis auftrat; Tod durch Collaps. Bei beiden Kindern bestand keine Ganglienschwellung; das sicherste Zeichen besteht vielleicht in den kleinen Blutungen, welche den Nasalfluss begleiten. Dr. P. K.

Fremdkörper 24 Jahre in der Nase. (Corps étranger ayant séjourné dans le nez pendant 24 ans.) Von Dr. Mayor. (New-York medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Den Kern des Rhinolithen bildete eine Glasperle. Es bestanden weder Reizungserscheinungen, noch fötider Ausfluss. Dr. P. K.

Rouge's Operation zur Entfernung eines Nasen-Sequesters. (Rouge's Operation for the Removal of a Nasal Sequestrum.) Von Charles H. Knight, New-York. (Medical News, 3. Januar 1891.)

Ein 35jähriger Kellner, der schon zu verschiedenen Malen von Verf. wegen Lues behandelt worden war, kam jetzt mit folgenden Erscheinungen wieder: Das Septum narium war fast ganz zerstört. Die Schwellkörper waren verschwunden und ein grosser Sequester lag theilweise losgelöst auf dem Boden der Nase. Eine Perforation des harten Gaumens war „ganz warm". Der mittlere Schneidezahn, sowie der Processus alveolaris und der Oberkiefer selbst fehlten an dieser Stelle.

Pat. selbst hatte kein Geruchsvermögen mehr, aber der Geruch aus seiner Nase war beinahe unerträglich. Operation — Heilung. Verf. spricht sich sehr lobend über diese Operation aus, vorausgesetzt, dass sie für ähnliche Fälle, wie der obige ist, unternommen wird.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Aristol bei Nasen- und Halskrankheiten. (Notes on Aristol in the Treatment of the Diseases of the Nose and Thoval.) Von Wendell C. Phillips, New-York. (The Journ. of the Am. Med. Association, 3. October 1891.)

Verf. berichtet über sehr gute Erfolge, namentlich bei Ozaena. Er wendet das Pulver in Form eines Sprays an (6 - 10 pCt.), den er dadurch herstellt, dass er zunächst das Aristol in etwas Mandelöl auflöst und dann das flüssige Petroleum zusetzt.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Kritik.

A treatise on diseases of the nose and throat. Von F. H. Bosworth, M. D. (New-York, 1890.)

Der erste Band des Werkes liegt in einer prachtvollen Ausstattung, wie wir sie ja bei den Werken unserer englischen und amerikanischen Collegen gewohnt sind, 670 Seiten stark mit 4 farbigen Tafeln und 182 Holzschnitten vor uns. Er handelt über die Krankheiten der Nase und des Nasopharynx und zeigt auf jeder Seite den erfahrenen Practiker und den wissenschaftlich gebildeten Arzt, den er zum Verfasser hat.

Den Anfang macht ein allgemeiner Theil über die Arten der Untersuchung, Allgemeines über Behandlung, ebenso über Anatomie, Physiologie und Entzündung der Schleimhäute. Das vierte Kapitel über Erkältung im Allgemeinen ist besonders gelungen, sehr ausführlich und enthält eine Menge practischer Winke und Beobachtungen. Es folgt ein weiteres ausführliches Kapitel über die Anatomie der Nase und dann eins über die Physiologie, in welchem, wie überhaupt im ganze Buche, die Ergebnisse der neuesten Forschungen auch der ausländischen Autoren gebührend berücksichtigt sind. In den folgenden Abschnitten über die einzelnen Krankheiten der Nase sind dieselben in grosser Ausführlichkeit besprochen, vielleicht etwas zu ausführlich. Störend und nicht nöthig sind auch die vielen Wiederholungen, die sich dadurch zum Theil erklären, dass Verf. erst im allgemeinen Theil Fragen bespricht, die er dann im speciellen Theil noch einmal des Genaueren behandelt. Ref. möchte unter den vielen sehr gelungenen Abschnitten nur einzelne hervorheben, so den über den chronischen Catarrh, in welchem unter den Ursachen sehr richtig die Allgemeinstörungen des Körpers, wie Verdauungs- und Herzkrankheiten sehr betont werden. Ref. stimmt darin sehr mit dem Verf. überein, ebenso in Bezug auf die Behandlung mit den Ansichten desselben über die Nothwendigkeit der Freilegung der Nase für die Athmung. Sehr gut sind auch die Abschnitte über die Reflexerkrankungen und die Verbiegungen der Scheidewand, über welche Verf. ja schon früher Tüchtiges geschrieben. Auch in dem über die Syphilis sind die Erfahrungen einer ausgedehnten Praxis niedergelegt. Nicht beistimmen kann ich ihm in dem Rath, die Siebbeinzellen von dem oberen Nasengang aus zu eröffnen. Die Abbildungen von Zuckerkandl und die neuesten so schönen von B. Fränkel zeigen sehr deutlich, dass der Zugang von der unteren Seite der mittleren Muschel aus sehr viel sicherer ist. In dem zweiten grösseren Abschnitt über die Krankheiten

des Nasopharynx möchte ich nur hervorheben, dass er als einen guten Beweis für das Vorhandensein von adenoiden Vegetationen anführt, dass ein in das eine Nasenloch gemachter Spray aus dem anderen nicht wieder herauskommt, was er bei freiem Cavum in derselben Stärke thut.

Der dritte Abschnitt handelt von der Chirurgie der äusseren Nase, den verschiedenen Arten, dieselbe zum Zweck von Operationen in der Nase frei zu legen und von den verschiedenen Arten der Rhinoplastik. Alle diese Methoden sind durch Holzschnitte und farbige Tafeln erläutert.

Es hat dem Ref. ein wirkliches Vergnügen bereitet, das Buch durchzulesen. Hoffentlich wird der zweite Band über die Krankheiten des Kehlkopfs bald nachfolgen. Dr. M. S.

c) Pharyngo-laryngologische:

Tuberculöses Geschwür und Psoriasis an der Zunge. (Ulcération tuberculeuse et psoriasis de la langue.) Von Dr. Thompson. (Bulletin médical und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Ein 51jähriger Mann zeigte neben einem grossen Polypen ein am äusseren Zungenrande nach vorne sitzendes tub. Geschwür. Neben diesem tuberculösen Geschwür befanden sich unregelmässige, graue Plaques von Leucoplasie. Patient starb an Tuberculose und das Microscop bestätigte in Allem die Diagnose. Dr. P. K.

Scharlachähnliches Erythem und Pharynxerythem. (Erythème scarlatiniforme et erythème de la gorge.) Von Dr. Bourdel. (Le Courrier médical und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Ein 7jähriges Kind zeigte ein scharlachähnliches Erythem über den ganzen Körper; kein Fieber, kein Eiweiss im Urin, nur leichte Desquamation wie bei jedem Erythema. Dabei bestanden Halsschmerzen, der Pharynx war erythematös geröthet, ohne Mandelschwellung und ohne die dem Scharlach characteristische Rothweinfarbe zu zeigen. Das Beispiel ist interessant, weil es das Zusammenbestehen von Erythema des Halses mit Hauterythem, ähnlich wie bei Scharlach, aber ohne Scharlach zu sein, beweist. Dr. P. K.

Choc der Glottis. (Choc nerveux de la glotte.) Von Dr. Abate. (Archiv. internaz. di laringol. 1889 und Revue mensuelle de laryngol. et de rhinologie No. 12, 1889.)

Ein vom Blitz getroffener Hund fiel zu Boden und bekam starke Krämpfe. Als er aufstand, war er stimmlos; die Aphonie dauerte vier Monate, nach welcher Zeit das Thier einige schwache Töne Anfangs und dann nachher allmählig seine normale Stimme wieder hervorbringen konnte. Dr. P. K.

Ein Fall von Laryngealictus. (Un cas d'ictus laryngé.) Von Dr. Garel. (Revue mensuelle de laryngol. et d'otologie No. 12.)

Seltenes Leiden, welches statt des alten Namens Vertigo laryngealis mit dem Namen Ictus laryngealis von Charcot benannt wurde. Ein 42jähriger Mann, an Gicht leidend, hustet seit einigen Jahren. An einer

von dem Kranken als genau über dem Larynx gelegen bezeichneten Stelle empfindet er ein ungewöhnliches Gefühl, dem ein Ictus folgte: Patient verlor während einiger Secunden das Bewusstsein. Nach 11 Monaten traten 3 neue solche Anfälle auf: Mit dem eigenthümlichen, genau localisirten Gefühl tritt trockener, quälender Husten ein, der eine Zeit lang dauert; das Gesicht röthet sich, Patient glaubt zu ersticken, es treten clonische Krämpfe, namentlich am rechten Oberarme ein; es tritt Bewusstlosigkeit mit blasser Gesichtsfarbe ein; dies dauert einige Secunden, Patient kommt zu sich und erinnert sich an Alles, namentlich der clonischen Krämpfe. Es besteht chronische Bronchitis mit Emphysem. Tabes besteht nicht.

Das Leiden tritt bei Gicht, Rheuma, chronischer Bronchitis, Alcoholismus, Tabes (Charcot und Féréol) ein, beginnt mit dem eigenthümlichen Gefühl, das man als Aura laryngea bezeichnen kann.

Die Behandlung besteht in der Herabsetzung der Reflexerregbarkeit der Larynxmucosa; am besten wirkt die locale Behandlung mittelst Cocain.

Dr. P. K.

Larynxcrisen bei Tabetikern. (Crises laryngées tabétiques.) Von Dr. Lucas-Championnière. (Journal de méd. et de chirurgie pratique und Revue mensuelle de laryngol. No. 12, 1889.)

Bei leichteren Graden kommt keuchhustenartiger Husten mit Pfeifen; in einem mehr ausgesprochenen Grade kommen Apnoe, epileptiforme Krämpfe; in den schwersten Formen tritt plötzlicher Tod ein. In manchen Fällen hat die Tracheotomie erleichtert. Ictus laryngeus und permanente Larynxkrämpfe können auch eintreten.

Fortwährende Dyspnoe mit Abductorenlähmung, hysterisches Stummsein können auch eintreten.

Inhalationen von Chloroform und Aether, Bromkalium, starke Hautreize.

Dr. P. K.

Retropharyngealabscesse, 2 Fälle von Einschneiden mit asphyctischen Symptomen. (Abcès rétropharyngiens, deux cas d'incision suivie de phénomènes d'asphyxie.) Von Dr. Témoin. (Revue mens. des maladies de l'enfance und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1.)

Die zwei Kinder bekamen nach dem Einschnitt Erstickungserscheinungen und wurden nur durch künstliche Respirationsbewegungen bei herabhängendem Kopfe gerettet. Sie starben bald nachher an Pneumonie. Man soll daher, wie Desprès anräth, den Abscess zuerst mit einem Troiscart punctiren, etwas Eiter durch die Canüle abfliessen lassen und dann erst den Schnitt in die so gemachte Oeffnung machen.

Dr. P. K.

Fractur der Cartilago thyreoidea. (Fracture of the Thyroid Cartilage.) Von George L. Morgenthau, Chicago, Ill. (The Journ. of the Am. Med. Association, 10. October 1891.)

Wie ausserordentlich leicht die Fracturen des Schildknorpels verlaufen können, zeigt folgender vom Verf. beobachteter Fall: Ein 40jähr.

Handwerker war vor 3 Monaten auf den Hinterkopf von einer schweren Last getroffen worden, als er sich über ein Geländer lehnte, so dass sein Hals vollständig zusammengepresst wurde. Er hustete etwas Blut aus und wurde sofort aphonisch. Das einzige Symptom am nächsten Tage war Heiserkeit und nur deretwegen kam er später zum Verf. Die Untersuchung ergab eine deutliche Fractur der l. Cart. thyr. (Crepitation etc.). Die Taschenbänder waren stark geschwollen und die Stimmbänder konnten nicht gesehen werden. Emphysen war nie vorhanden gewesen. Näheres über diese immerhin nicht häufigen Brüche sind in dem interessanten Original nachzulesen. Da Patient absolut keine Schmerzen hatte, wurde von einer Sutur Abstand genommen.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Locale Behandlung des Empyems des Sinus maxillaris. (Traitement local de l'empyème du sinus maxillaire.) Von Dr. A. Bronner. (The Lancet und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die chronische Form ist viel häufiger, als allgemein angenommen wird; 2) in vielen Fällen besteht kein characteristisches Merkmal; 3) das Empyem ist oft die Ursache einer einseitigen chronischen Rhinitis; 4) das Empyem kann die für die Ozaena characteristischen Symptome hervorrufen; 5) meistens ist sie nicht durch ein Zahnleiden, sondern durch Erkrankung der Nasenmucosa hervorgerufen; 6) zur Behandlung öffnet man am besten den Sinus in der Nasenhöhle.

Dr. P. K.

Zur Casuistik der Fremdkörper im Kehlkopfe. Von R.-A. Dr. Paul Winternitz und Dr. Justyn Karlinski in Stolać. (Prager medicin. Wochenschrift No. 37, 1890.)

Eine 16jährige Bäuerin hatte Nachts bei unvorsichtigem Wassertrinken einen Blutegel verschluckt. 7 Tage nachher, während welcher Zeit sie an Heiserkeit, Hustenreiz und Blutspucken litt, meldete sie sich im Truppen-Ambulatorium zu Stolać und erblickte man daselbst thatsächlich mittelst Kehlkopfspiegels den Körper eines Blutegels, welcher mit seinem Saugende an der inneren Fläche der Epiglottis, dicht bei den wahren Stimmbändern angeheftet war und sich bewegte, wobei das Schwanzende bald längs des Kehldeckels nach oben, bald an den Stimmbändern, bald in die Glottis zu liegen kam. Das Thier, mit Blut vollgesogen, verursachte bei seiner tiefen Lage Hustenreiz und Erstickungsanfälle. Alle Extractionsversuche misslangen, zumal der Egel mit seinem Saugende an der Epiglottisschleimhaut ungemein fest haftete. W. und K. liessen nun die Kranke 5 Minuten lang mittelst Siegle'schen Apparates concentrirte Salzlösung inhaliren und gelang es hiernach mühelos, das Thier mit einer Kornzange am Schwanzende zu packen, von der Schleimhaut loszulösen und heraus zu befördern. Die hierauf folgende geringe Blutung sistirte bald. Der Blutegel gehörte zu der Art der sog. Pferdeblutegel und maass 5 Ctm. in der Länge und 1 Ctm. an der breitesten Stelle.

Beschorner.

Reflexe und namentlich Halsreflexe nach Uteroovarialoperationen. (Des reflexes observés après les operations utéroovariennes et surtout du reflexe guttural.) Von Dr. Championnière. (Pratique médicale und Revue mens. de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Ataxie und Adynamiesymptome folgen oft den Uteroovarialoperationen; sie sind durch ein Symptom, welches man nach keiner anderen eingreifenden Operation beobachtet, gekennzeichnet: es ist ein Halssymptom, welches Verf. mit dem Namen „Crachotement" belegt; die Frauen empfinden das Bedürfniss, fortwährend auszuspucken, das Ausspeien von Schleim nimmt aber dieses Bedürfniss nicht weg. In schwereren Fällen dauert dieses Bedürfniss unablässig fort und es folgt sogar Erbrechen. Dieses „Crachotement" ist sehr ähnlich dem fortwährenden Speien, das oft am Anfang einer Schwangerschaft auftritt. Verf. hat es auch einmal bei einer Haematocele retrouterina beobachtet. — Vor der Operation soll man Morphium, Chloral und namentlich Bromkalium anwenden.

Larynxerysipel, Tubage, Laryngotomie. (Erysipèl du larynx, tubage, laryngotomie.) Von Dr. Merryan. (The med. Record 1888 und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 12, 1889.)

Larynxerysipel nach geheiltem Gesichtserysipel eingetreten; 33jähr. Mann; die Tubage gelang nicht; die Laryngotomia intercricothyroidea musste gemacht werden; nach einigen Tagen gewann das Erysipel die Wundfläche; der Kranke entfernte heimlich die Canüle und erstickte; die Section ergab Necrose und Blosslegung des Ringknorpels.

(Man soll also in solchen Fällen die einfache Tracheotomie ausführen. Ref.) Dr. P. K.

Ein wallnussgrosser Larynxpolyp. Entfernung auf endolaryngealem Wege. (Polype du larynx, du volume d'une grosse noix. Extirpation endolaryngée.) Von Dr. Ricardo Botey. (Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Die selten erreichte Grösse sowie die Exstirpation ohne Tracheotomie rechtfertigt diese Publication. Ein 45jähr. Fuhrmann ist seit 10 Jahren heiser und seit 2 Jahren kurzathmig. Das Laryngoscop ergab einen sehr grossen, gestielten, auf dem rechten Stimmbande aufsitzenden Larynxpolypen. Die Exstirpation ohne Tracheotomie schien etwas gewagt, wurde dennoch in zwei Sitzungen ausgeführt. Auffallend war, dass nach der Operation, obgleich der Larynx ganz frei war, das rasche, angewöhnte Athmen nicht aufhörte, und dass Patient nur auf festes Anreden normal athmete. Die microscopische Untersuchung ergab ein telangiectatisches Fibromyxom. Dr. P. K.

Ueber Angina pectoris durch Nicotin. (De l'angine de poitrine tabagique.) Von Dr. Huchard. (Gazette méd. de Liège No. 36, 1889.)

Die Tabakangina ist vasomotorischer Natur: Retrosternaler Schmerz, todtbleiches Gesicht, Schwindel, Neigung zur Ohnmacht, kleiner Puls, kalter Schweiss, kalte Extremitäten etc. etc. Nicht immer sind die gewöhnlichen Nicotin-Vergiftungserscheinungen dabei, und letztere können

ohne Angina andererseits bestehen; gewöhnlich aber bemerkt man zwischen den Anfällen Herzstörungen: Tachycardie, Bradycardie, Intermittenzen, Arythmie, Herzklopfen. Abortivanfälle, in Dyspnoe, Praecordialangst, Gefühl von Sterben bestehend, sind häufig. Gewöhnlich spontan, treten diese Anfälle auch nach Ermüdung und schlechter Verdauung ein. Die Ursache ist eine spasmodische Verengerung der Arteriae coronariae cordis; sie können sogar des Nachts während des Aufenthalts in einer Tabakrauchatmosphäre entstehen; sie dauern eine Zeit lang nach Tabakabstinenz fort, was durch die Tabakdyspepsie und eine latente Arteriosclerose zu erklären ist. Diese Arteriosclerose, von manchen Autoren geläugnet, besteht dennoch bei Tabakrauchern und Trinkern. Der Tod ist selten, es müsste denn die Arteriosclerose zu weit fortgeschritten sein. Die Tabakentsagung ist das einzige Mittel. Die Anfälle werden am besten mit Einathmen von Amylnitrit oder von 8 — 10 Tropfen einer 100procentigen alcoholischen Lösung von Trinitin behandelt. Dr. P. K.

Tod bei Angina pectoris. (La mort dans l'angine de poitrine.) Von Dr. Henri Huchard. (Gazette des hôpitaux No. 58, 1889.)

Der plötzliche Tod ist der gewöhnliche Ausgang der Angina pectoris; er tritt ein entweder plötzlich während oder nach einem Schmerzanfall oder während eines Ohnmachts-Anfalles. Die Verengerung der Arteriae coronariae cordis, die Ursache des wirklichen Angor pectoris, braucht nur durch Thrombose oder Spasmus einen hohen Grad zu erreichen und es tritt Herzparalyse in Folge der mangelnden Blutzufuhr zum Myocardium und seine Ganglien ein. Der langsame Tod, welcher selten ist, tritt durch Asystolie, Embryocardie (foetaler Rhythmus der Herztöne) oder Herzdilatation (mit dem von den Engländern fluttocings genannten Pulse) oder sonstige intercurrente Krankheiten ein. Dr. P. K.

Larynxcarcinom. Tracheotomie. Propagation auf das Corpus thyroideum. Ungeheurer Tumor am Halse in der Umgebung der Canüle. Anlegen einer langen, an ihrer unteren Hälfte beweglichen Canüle. Tod. Necroscopie. (Cancer du larynx. Trachéotomie. Propagation à la glande thyroide. Tumeur énorme du cou autour de la plaie. Application d'une canule très longue et à moitié inférieure mobile. Mort. Autopsie.) Von Dr. Gouguenheim und Dr. Gaston. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12.)

Der Titel sagt beinahe Alles. Genau ausgeführte Krankengeschichte und Section. Bei letzterer ist zu bemerken, dass Epiglottis, Arytänoidknorpel und aryepiglottische Falten normal gefunden worden. Verfasser kommen zu folgenden Schlüssen: 1) da die Laryngealdyspnoe gleich von Anfang an bestand und man laryngoscopisch nur einen unbedeutenden Tumor am unteren Stimmbande bemerken konnte, muss man annehmen, dass beide Recurrentes frühzeitig angegriffen waren; 2) im Beginne der Behandlung, wo die Halsarterien aneurysmaartig erweitert erschienen, dachte man an eine Compression der Recurrentes durch diese Blutgefässe; in einer späteren Periode aber überzeugte man sich, dass die entartete Schilddrüse, welche sehr frühzeitig mitergriffen war, auf die Nerven

drückte; 3) Anfangs war die Diagnose, wie gewöhnlich, schwer; es war die alte Geschichte: man konnte die Differentialdiagnose zwischen Syphilis, Tuberculose und Carcinom nicht stellen; 4) interessant ist, dass die Autoren, ihrer Aussage gemäss, eine neue Canüle construiren mussten. Sie scheinen die König'sche Canüle übersehen zu haben, welche den Zweck noch besser erfüllt hätte (Ref.); 5) Epiglottis und die ganze Regio arytänoidea wurden auffallender Weise von der Krankheit verschont; 6) der Kranke wurde durch sich selbst inficirt: es bestand Magencarcinom bei intactem Oesophagus. Dr. P. K.

Zur Diagnostik der Fremdkörper in den Bronchien. Von Dr. Sprengel. (Centralblatt für Chirurgie No. 14, 1891.)

Ein 5jähriges Mädchen hatte eine ziemlich grosse, hohle, spindelförmige, dünnwandige, beiderseits offene Glasperle aspirirt. Da auscultatorisch das Athmungsgeräusch rechts ziemlich scharf, links sehr undeutlich hörbar, fast aufgehoben erschien, stellte S. die Diagnose: „Fremdkörper in einem Bronchus, wahrscheinlich im linken". Nach der tiefen Tracheotomie und Durchtrennung von im Ganzen 4 Trachealringen, wurde die Perle deutlich sichtbar. Sie füllte das Lumen der Trachea anscheinend vollkommen aus. Nach Ausdehnung derselben vermittelst Kornzange wurde die Perle gelegentlich eines heftigen Hustenstosses herausgeschleudert. Heilung. — Die oben genannten, befremdlichen auscultatorischen Erscheinungen erklärt S. dadurch, dass am wahrscheinlichsten die Perle über der Bifurcation sass und mit ihrem unteren, sich verjüngenden Ende in den rechten Bronchus hineinragte, wobei die Aufhebung resp. starke Abschwächung der linksseitigen Athmung durch den vor dem Bronchus liegenden Fremdkörper bewirkt wurde, während die Luft zum rechten Bronchus durch die Höhlung der Perle hingelangen konnte. Athemnoth und scharfes Athmen waren durch die enge Passage bedingt. S. meint, dass dementsprechend unter Umständen ein hohler Fremdkörper im unteren Ende der Trachea den Anschein erwecken könne, als ob er im Bronchus sässe, indem er die Luftpassage nach dem einen Bronchus gestattet, während er den anderen verlegt, und dass demnach die Aufhebung der Athmung auf der einen Seite oder ein auffallend verschärftes Athmungsgeräusch in der Höhe des einen Bronchus nur unter der Voraussetzung, dass es sich um einen soliden, nicht durchbohrten Körper handelt, als ein sicherer Beweis dafür anzusehen sei, dass ein aspirirter Fremdkörper in dem betreffenden Bronchus seinen Sitz hat Beschorner.

Ueber eine eigentliche Ursache von Dyspnoe in einem Falle von subglottischem Epithelioma. (D'une cause particulière de dyspnée dans un cas d'épithélioma sousglottique.) Von Dr. H. Lavrand. (Journal des sciences médicales de Lille und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 12, 1889.)

Kein Fieber, keine Ganglienschwellung, kein gestörtes Allgemeinbefinden, kein Husten. Larynxeingang diffus geröthet und infiltrirt in allen seinen Theilen. Der Kranke starb trotz Tracheotomie. Die Section

ergab Substanzverlust in der Regio subglottica und das Microscop zeigte ein genau begrenztes Epithelioma lobulatum. Die Stimmbänder waren absolut intact. Demnach wäre die Dyspnoe durch eine eigenartige Infiltration der falschen Stimmbänder entstanden (?). Dr. P. K.

Studien über den Ursprung des Oesophagismus. (Etude étiologique sur l'oesophagisme.) Von Dr. Joal. (Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Nachdem Verf. alle ursächlichen, durch Beispiele belegten Momente des Oesophagismus aufzuzählen versucht hat, kommt er zu folgenden Schlüssen: 1) Der Oesophagismus ist oft eine Reflexerscheinung und hat als Ausgangspunkt ein Hals- oder Nasenleiden; 2) er kann von den Mandeln ausgehen, namentlich von der Tonsilla pharyngea, besonders wenn letztere gebrannt worden ist; ebenso von der Zungenmandel; 3) Pharyngonasalleiden können ihn hervorrufen; 4) der Oesophagismus ist also eine Neuropathie, welche ebenso wie das Asthma, der Husten, der Schwindel, die Migraine, als Reflexerscheinung, von der Nasenschleimhaut ausgehend, zu betrachten ist; 5) neun vom Verf. aufgezählte Beispiele erhärten letztere Behauptung; 6) es besteht Anfangs eine hypertrophische Rhinitis, welche wieder selbst von Magen-, Darm-, Genitalleiden ausgehen kann; 7) Hysterie scheint keine Ursache zu sein; 8) die oft dabei bestehende Hypochondrie ist als ein Leiden für sich aufzufassen; 9) die gichtische Anlage (?) prädisponirt zum Oesophagismus; 10) die spasmodische Strictur hat immer ihren Sitz im oberen Theile des Oesophagus; 11) die Behandlung muss eine rhinochirurgische sein. Dr. P. K.

Einfache Oesophagusgeschwüre. (Ulcère simple de l'oesophage.) Von Dr. Raoult. (Progrès médical 1890 und Revue de laryngologie No. 8, 1890.)

Die pathol. Anatomie ist dieselbe, wie beim runden Magengeschwür; sie kommen meist im unteren Drittel und nach rechts vor. Ursache unbekannt. Heilung oder Perforation. Verdauungsbeschwerden, Schmerz, Dysphagie, Brechen, Blutung sind die Symptome; vollständige Heilung ist möglich; ausser den genannten Complicationen kann Tod durch Marasmus eintreten. Die Differentialdiagnose muss sich zwischen perniciöser Anämie, Magengeschwür und Oesophaguscarcinom machen. Catheterismus ist gefährlich. Dysphagie und Regurgitationen sprechen für Oesophagusgeschwür.

Die Behandlung besteht in schmerzstillenden, blutstillenden und beruhigenden Mitteln: Eis, Ergotin, Ruhe, Opiate, Gastrotomie im Nothfall. Dr. P. K.

Einfaches Oesophagusgeschwür. Perforation in die Trachea. (Ulcère simple de l'oesophage. Ouverture dans la trachée.) Von Dr. Cravanis. (La Loire méd. und Revue mensuelle de laryngol. No. 8, 1889.)

Ein 39jähriger Mann, Trinker, kam in's Spital, starb. Der foetide Geruch liess den behandelnden Arzt auf eine Oesophagusperforation in die Luftwege schliessen. Die Section ergab zwei einfache Geschwüre,

welche in die Trachea perforirt hatten. In der linken Lunge waren drei grosse, mit stinkendem Eiter gefüllte Cavernen. Nach Verfassers Meinung ist das Oesophagusgeschwür ein dem Malum perforans der Füsse ähnliches Geschwür, wo der Einfluss der Nerven und Blutgefässe in's Spiel kommt. Dr. P. K.

Laryngeale Symptome der späten hereditären Syphilis. (Des accidents graves laryngés de la syphilis héréditaire tardive.) Von Dr. A. Cartaz. (Revue mens. de laryngol. et d'otologie No. 15, 1889.)

Sie wurden lange als sehr seltene Localisation der congenitalen Syphilis angesehen; man nennt sie, nach Fournier, „späte Symptome", wenn selbe nach dem dritten Lebensjahr eintreten; der erste authentische Fall wurde bei einem 10jährigen Mädchen gesehen von Czermak. Verf. erzählt zwei ihm eigene und eine ihm von Prof. Grancher überlassene Beobachtungen. Von den 27 in der Literatur gesammelten Fällen findet Verf., dass das späte Entstehen der hereditären Larynxsyphilis zwischen das 4. und 16. Jahr fällt, dass sie häufiger bei Knaben, als bei Mädchen ist, dass ihr Entstehen langsamer, ihr Verlauf aber rascher als bei der acquirirten Syphilis ist. Er unterscheidet oberflächliche, tief sitzende und interstitielle hereditäre Larynxsyphilis; am meisten wird, namentlich Anfangs, die Epiglottis sclerös infiltrirt und bedeckt als runder Wulst den Larynxeingang; die übrigen Larynxzerstörungen gehen ebenso wie bei der erworbenen Syphilis vor sich. Gewöhnlich führen noch bestehende oder abgelaufene Pharynxsymptome der Syphilis zur Diagnose; die klinischen Larynxsymptome sind diejenigen aller Larynxleiden. Die Diagnose ist leicht, besonders wegen der Anamnese des Patienten und seiner Eltern. Prognose ist schlecht. Dr. P. K.

Gastrotomie wegen Entfernung einer Gabel. (Gastrotomie pour extraction d'une fourchette.) Von Dr. Terrier. (Société de chirurgie de Paris, Mai 1889 und Semaine médicale No. 22, 1889.)

Verf. stellte den Patienten vor nach dessen Heilung; Terrier betont, dass er einen medianen Schnitt, gleich weit vom Nabel und vom Proc. xiphoideus entfernt, ausgeführt habe; es sind hier wenig Blutgefässe vorhanden, man kommt rasch auf den unteren Rand des linken Leberlappens und dann auf den leicht zu erkennenden Magen, den man in die Wunde hineinziehen kann; da der Fremdkörper frei zu Tage lag, war seine Entfernung eine leichte; die Mucosa wurde für sich allein vernäht, dann erst die Muscularis und die Serosa zusammen; dann wurde der Magen versenkt und sich selbst überlassen. Die ganze Operation dauerte nur 35 Minuten und hatte gar keine Folgen.

Ollier bemerkt, dass seinen anatomischen Untersuchungen gemäss es vortheilhafter sei, besonders wenn man den Fremdkörper nicht fühlt, den Schnitt seitwärts parallel dem unteren Rippenrande zu machen.

Polaillon behauptet, Terrier habe Recht gehabt, in der Mitte einzuschneiden, weil er die Gabel dort fühlte, in anderen Fällen sei es aber angezeigt, den Schnitt lateral links zu machen. Dr. P. K.

---

† Dr. Franz Patrzek.

Am 26. Januar 1891 ist der Specialarzt für Ohren- und Nasenkrankheiten Dr. Franz Patrzek zu Oppeln im Alter von kaum 34 Jahren als Opfer seines Berufes gestorben.

Am 11. September 1857 im Dorfe Brinnitz bei Oppeln geboren, absolvirte Patrzek, stets als einer der besten Schüler, das Gymnasium zu Oppeln. Die medicinischen Studien beendete er an den Universitäten zu Breslau und Greifswald, machte 1884 das Staatsexamen und diente nach einigen Vertretungen in Stettin und Neusalz sein Militairjahr in Oppeln ab, wo er sich später als practischer Arzt sesshaft machte.

Eine in den Kinderjahren bestandene überaus schmerzhafte Ohrenkrankheit trieb ihn schon während der Universitätszeit dazu, die Anatomie des Ohres besonders zu studiren, welche Studien er mit grosser Energie und rastlosem Fleisse in den freien Stunden seiner practischen Thätigkeit fortsetzte; im Jahre 1888 ging er nach Wien, um hier mehrere Curse über Ohrenheilkunde, Rhino- und Laryngologie zu hören, und bildete er sich dann in diesen Specialfächern auch noch in Breslau und Berlin weiter aus.

Stets drängte es ihn nach einer grossen Stadt, und nur auf eifriges Zureden seiner Frau und seiner Freunde wollte er Oppeln noch 1—2 Jahre als Absteigstation benutzen, wo ihn jedoch der Tod, mitten in seiner Thätigkeit, ereilte. Am 9. Januar a. cr. wohnte er nämlich der Tracheotomie — wegen Diphtheritis — eines Oppelner Arztes bei, sog das in die geöffnete Luftröhre zuströmende Blut vermittelst des Catheters aus, sich aber den Ansteckungsstoff zu. Sofort am Thatorte, wie auch zu Hause gurgelte er fleissig mit Carbol und absolutem Alcohol, doch trat nach zehn Tagen plötzlich hohes Fieber auf, der Hals schwellte schmerzhaft an, er konnte nicht schlucken, und nach weiteren sieben Tagen hatte er bereits ausgelitten.

Patrzek war zwar als Specialcollege noch ganz jung, doch hatte er dennoch Bedeutendes geleistet, und waren seine Aufsätze, welche den Lesern dieser Monatsschrift ja ganz gut bekannt sind, von dauerndem Werthe. So machte er uns unter Anderem in einer Originalabhandlung auf eine Fehlerquelle bei der Stimmgabelprüfung (No. 10, 1889) aufmerksam; andere Aufsätze Patrzek's hat Schreiber dieser Zeilen Gelegenheit gehabt, in diesen Blättern zu referiren, aus denen eine streng wissenschaftliche Vorbildung, mit objectivem Beobachtungsvermögen, gewissenhafter Beurtheilung und ernstlichem Streben vereint, ersichtlich war, wie wir dies in den Arbeiten: Ueber Verbiegungen der Nasenscheidewand bei Neugeborenen, Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes bei Erwachsenen, Das Pyoktanin in der Ohrenheilkunde etc. immer finden konnten; auch lieferte Patrzek

die ersten Mittheilungen über die Ohrcomplicationen bei Influenza und fanden doch seine zuerst mitgetheilten Beobachtungen in vielfältiger Weise ihre volle Bekräftigung. — Es sind dies genügende Beweise, dass der Tod diesmal ein junges Mitglied unserer Garde raubte, welches uns zu grossen Hoffnungen berechtigte, und müssen wir in um so grösserer Ehre sein Andenken bewahren.

Szenes.

Berichtigung.

In der letzten Nummer dieser Monatsschrift soll es heissen S. 266, Zeile 24 von oben, statt „Anarhythmie" Anarithmie.

INHALT.

I. Originalien: Lichtenberg: Ueber Gehörsstörungen des Betriebspersonals der Eisenbahnen, mit Bezug auf die Sicherheit des reisenden Publikums. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891 (Fortsetzung). — Lamann: Die Glühlampe und das Einschalten des Widerstandes bei Benutzung der Accumulatoren. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Rohrer: Die Bacterien des Cerumens. — Katz: Ueber die Endigung des Nervus cochleae im Cortischen Organ mit Demonstration von Präparaten. — Dennert: Acustisch-physiologische Studien, verwerthet für die practische Ohrenheilkunde. — Baumgarten: Seltene Infection des Labyrinthes, wahrscheinlich durch den Scharlach des Kindes entstanden. — Hessler: Ueber die acute Eiterung und Entzündung in den Zellen des Warzenfortsatzes und ihre Heilung durch Ausmeisselung der Zellen ohne Eröffnung des Antrum mastoideum. — Bürkner: Ueber den Missbrauch des Politzer'schen Verfahrens bei der Behandlung von Ohrenkrankheiten. — Katzenstein: Ueber Pyoktanin bei Stirnhöhleneiterung. — b) Rhinologische: Meijer: Behandlung der Ozaena mittelst Höllensteinzerstäubungen. — Gillian: Tic douloureux als Folge einer Exostose der Nasenscheidewand. — Quinlan: Aetzen der mittleren Nasenmuschel mit folgender tödtlich verlaufender Meningitis. — Roe: Asepsis bei intranasalen Operationen. — Marfan: Syphilitischer Schanker der Nasenscheidewand. — Holt: Nasendiphtheritis schwer bei Kindern zu erkennen. — Mayor: Fremdkörper 24 Jahre in der Nase. — Knight: Rouge's Operation zur Entfernung eines Nasen-Sequesters. — Phillips: Aristol bei Nasen- und Halskrankheiten. — Bosworth: A treatise on diseases of the nose and throat. — c) Pharyngo-laryngologische: Thompson: Tuberculöses Geschwür und Psoriasis an der Zunge. — Bourdel: Scharlachähnliches Erythem und Pharynxerythem. — Abate: Choc der Glottis. — Garel: Ein Fall von Laryngealictus. — Lucas-Championnière: Larynxcrisen bei Tabetikern. — Témoin: Retropharyngealabscesse, 2 Fälle von Einschneiden mit asphyctischen Symptomen. — Morgenthau: Fractur der Cartilago thyreoidea. — Bronner: Locale Behandlung des Empyems des Sinus maxillaris. — Winternitz und Karlinski: Zur Casuistik der Fremdkörper im Kehlkopfe. — Championnière: Reflexe und namentlich Halsreflexe nach Uteroovarialoperationen. — Merryan: Larynxerysipel, Tubage, Laryngotomie. — Botey: Ein wallnussgrosser Larynxpolyp. — Huchard: Ueber Angina pectoris durch Nicotin. — Huchard: Tod bei Angina pectoris. — Gouguenheim und Gaston: Larynxcarcinom. Tracheotomie. — Sprengel: Zur Diagnostik der Fremdkörper in den Bronchien. — Lavrand: Ueber eine eigentliche Ursache von Dyspnoe in einem Falle von subglottischem Epithelioma. — Joal: Studien über den Ursprung des Oesophagismus. — Raoult: Einfache Oesophagusgeschwüre. — Cravanis: Einfaches Oesophagusgeschwür. Perforation in die Trachea. — Cartaz: Laryngeale Symptome der späten hereditären Syphilis. — Terrier: Gastrotomie wegen Entfernung einer Gabel. — † Dr. Franz Patrzek. — Berichtigung.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, December 1891.** **No. 12.**

Wir bitten um baldgefällige **Erneuerung des Abonnements** auf den mit Januar 1892 beginnenden **sechsundzwanzigsten Jahrgang dieser Monatsschrift** bei den Postämtern, Buchhandlungen sowie der unterzeichneten Expedition.

Berlin N., December 1891.

Expedition
der „Allgemeinen medicinischen Centralzeitung“
Oranienburger Strasse 43.

Tiefbetrübt geben die Herausgeber dieser Monatsschrift Kunde von dem am 1. d. Mts. in Bonn erfolgten Ableben ihres Collegen und Freundes, des Herrn

Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel.

Eine ausführliche Schilderung seines verdienstvollen Wirkens wird in einer der nächsten Nummern dieser Zeitschrift erfolgen.

I. Originalien.

Ueber Gehörsstörungen des Betriebspersonals der Eisenbahnen, mit Bezug auf die Sicherheit des reisenden Publikums.

Von

Dr. **Kornel Lichtenberg** in Budapest.

(Schluss.)

Wie schon erwähnt, habe ich unter 250 Verkehrsbediensteten 92 Ohrenkranke gefunden.

Dieser auffallend grosse Procentsatz hat auch mich überrascht und die Wichtigkeit des Gegenstandes in wahrhaft erschreckender Weise beleuchtet. Unwillkürlich drängten sich auch mir die Moos'schen Fragen auf: Giebt es gewisse Hörstörungen bei dieser Beschäftigung, die wir nur der Eigenthümlichkeit des Berufes zuschreiben können, sind dieselben sehr häufig, etwa viel häufiger als man bisher beobachtet hat, treten sie schon verhältnissmässig früh, schon nach wenigen Jahren oder erst sehr spät auf, macht das Leiden, einmal vorhanden, durch die eigenthümlichen Schädlichkeiten, welche der Beruf mit sich bringt, schnellere Fortschritte als bei anderen Berufscategorien? Ist dies der Fall, dann ist das Reisen gefährlich und eine der bisher nicht genügend beachteten geheimen Ursachen verschiedener Eisenbahnunfälle hierin zu suchen.

Das Zugpersonal der Eisenbahnen, namentlich die am meisten exponirten Locomotivführer und Heizer sind verschiedenen schädlichen Einflüssen ausgesetzt. Von allen Seiten wird es nämlich bestätigt, dass die schroffen Temperaturwechsel der Haut in Folge der starken Transpiration bei der Bedienung der Feuerung, bei dem plötzlichen Einfahren und Durchfahren durch grosse oder durch zahlreiche Tunnel, nachdem der Körper längere Zeit der directen Einwirkung grellen Sonnenscheins ausgesetzt war, ferner schädlichen Gasen, dann directem Wind, Regen und Schnee, welche den erhitzten Körper treffen, alles Momente, die Krankheiten der Athmungsorgane hervorbringen. Alle statistischen Daten weisen in Deutschland 25 pCt. auf. An Erkrankungen der Athmungsorgane nehmen aber bekanntlich diejenigen des Gehörorgans, dessen mittlerer Theil aus anatomisch-physiologischen Gründen mit Recht zu den Athmungsorganen gezählt wird, sehr häufigen und hervorragenden Antheil, und thatsächlich habe ich unter 250 Individuen und unter 92 Ohrenkrankheiten 32, also 34,7 pCt., theils acute, theils chronisch entzündliche, grösstentheils aber die verschiedensten Phasen chronisch catarrhalischer Formen von Mittelohrkrankheiten gefunden. Wenn auch die Krankengeschichten der 32 catarrhalischen Individuen bewiesen, dass in 10 Fällen das Uebel schon vor dem Dienstantritt vorhanden war, und wenn auch, wie die Untersuchung ergab, das Gehör der anderen hierher gehörigen 20 nur in 12 Fällen in den Kreis practischer Abnormität trat, obzwar die anderen 8 auch kein ganz normales Gehör mehr hatten, haben wir immerhin noch Grund genug, anzunehmen, dass das Ohr des Zugpersonals beachtenswerthen catarrhalischen Affectionen ausgesetzt ist.

Wenn die bisherigen klimatischen und thermischen Schädlichkeiten catarrhalische Ohrenkrankheiten hervorbringen, d. h. den Schallleitungsapparat angreifen, dann entstehen nach allgemeinen ohrenärztlichen Erfahrungen directe Labyrintherkrankungen, d. h. Anomalien des schallpercipirenden Organes bei Personen, denen der Beruf eine andauernde Beschäftigung bei starken Tönen und Geräuschen auferlegt, z. B. bei Schlossern, Schmieden, Kesselschmieden, Klempnern, Telegraphenbeamten, Arbeitern und Aufsehern in Maschinen-Werkstätten, Artilleristen, Jägern u. s. w., so muss es auffallen, dass nur 3 Labyrintherkrankungen gefunden wurden; es ist kaum glaublich, dass solche bei ganz genauer Prüfung, die mir damals in Folge von Raum- und Zeitbeschränkung nicht möglich war, nicht öfter vorkommen sollten, wenn wir erwägen, was Jahre lang dem Gehörorgan durch das anhaltende tolle Lärmen des Zuges, das wiederholte Zischen des ausströmenden Dampfes, den tausendfach wiederkehrenden schrillen Pfiff der Dampfpfeife zugemuthet wird.

Den directen Beweis der Schädlichkeit der Eisenbahnen auf das Gehör des Zugpersonals liefern in eclatanter und handgreiflicher Weise, gewissermaassen als primitivste Anomalie, jene 36 Ohrenschmalzpfröpfe, die ich unter 250 Individuen gefunden habe. Diese einfache Ohrenkrankheit, welche sehr häufig, die Schatten der zukünftigen Ereignisse vorwerfend, ernsteren Gehörscomplicationen voraus zu gehen pflegt, wurde also in 39,1 pCt. gefunden, und wenn wir bedenken, wie vielgeartete thermische und mechanische Reize den äusseren Gehörgang treffen, dann werden wir uns nicht wundern, wenn wir diese Abnormität der vermehrten Drüsenabsonderung so oft gefunden haben. Auch hier muss hervorgehoben werden, dass zur Zeit der Untersuchung nicht alle 36 der dieser Art Erkrankten schlecht gehört haben, weil der Pfropf den äusseren Gehörgang damals noch nicht ganz verschlossen hatte, aber nach Wochen oder Monaten wäre es gewiss zur Klage über das Gehör gekommen.

Dies waren die Resultate meiner Untersuchungen. Versuchen wir daraus die concretesten Consequenzen zu ziehen:

Wenn das Gehörleiden einmal etablirt ist, so werden die geschilderten Momente immer von Neuem als Schädlichkeiten wirken und so die Hörschärfe mehr oder weniger schnell, wenn der Träger des Leidens seinen Beruf ferner ausübt, oder allmählig und für diesen vielleicht unbemerkt so weit herabsinken, bis sie den Anforderungen des Dienstes nicht mehr genügt. Unter Umständen kann dieses schon bei einem verhältnissmässig noch guten Gehör der Fall sein. Man bedenke doch, dass der Dienst, besonders bei Nacht, ein unausgesetzt scharfes Hören voraussetzt, dass es sich nicht selten darum handelt, verdächtige Geräusche noch zur richtigen Zeit zu bemerken, dass das Betriebspersonal, welches Einer für Alle und Alle für Einen verantwortlich ist für die Sicherheit des Zuges, alle Nuancen, alle Launen des symmetrischen periodischen Rädergerassels auf das Intimste kennt, um gelegentlich das Ungewöhnliche und in diesem das Eigenthümliche und Normale vom Abnormalen allsogleich zu unterscheiden, kurz, dass es genug Situationen giebt, wo eine sogenannte mittlere Hörschärfe, mit welcher ein Gehörorgan noch den meisten Anforderungen im Leben genügt, schon nicht mehr leisten kann, was es unter allen Umständen, Gefahren halber, noch sollte leisten können.

Welch' geringe Ursachen und welch' grenzenlos traurige Wirkung. Wer könnte bestimmen, wie viel uneruirbare Eisenbahnunfälle auf diese Umstände zurückzuführen sind? Characteristisch ist jedenfalls eine Aeusserung des Moos'schen Locomotivführers: „Mein Herr, wenn das Gehör aller meiner Collegen so untersucht wird, wie das meinige, dann wird dasselbe bei mehr als einem Drittel für unzureichend gefunden werden."

Denn wenn wir jene Gründe erforschen, welche nach verlässlichen statistischen Daten Eisenbahnunfälle hervorzubringen pflegen, dann hört man gewöhnlich beschuldigen die Locomotive, den Tender, die Waggons oder deren Räder, mitunter das Terrain; dann hört man von Ausserachtlassung des Reglements, von Ungeschicklichkeit sprechen, ein anderes Mal spielt Nachlässigkeit, böser Wille die Hauptrolle; in einigen Fällen wird Krankheit des Betriebspersonals angegeben, aber darunter das Ohr nie beachtet. Und doch sind schon Eisenbahn-Unfälle, namentlich bei den Badischen und Oesterreichischen (Fall Trenka) Eisenbahnen nachgewiesen worden, die durch Gehörsstörungen des Locomotivführers entstanden sind.

Aber selbst für den Fall, dass Erkrankungen des Gehörorgans bei Locomotivführern und Heizern nicht den erschreckend hohen Procentsatz ergeben würden, wenn bei der genannten Berufsklasse dieselben nur selten und ausnahmsweise vorkämen, so bleibt selbst diese Ausnahme wichtig genug, dass Regierung, Behörde und Bahngesellschaften im Verein mit den Aerzten dem Gegenstand ihre volle Aufmerksamkeit zuwenden mögen, denn selbst die Ausnahme dürfte immer noch vielfache öffentliche Gefahren in sich bergen.

In Anbetracht dieser Umstände und im Interesse des öffentlichen Wohles halte ich es für meine fachmännische Pflicht, der königl. ungar. Regierung behufs weiterer Amtshandlung folgende Moos'sche Punkte zu unterbreiten*):

I. Bei den Locomotivführern und Heizern findet bald früher, bald später eine Erkrankung des Gehörorgans mit bedeutender Verminderung der Hörschärfe, und zwar in der Regel auf beiden Seiten, durch die Ausübung ihres Berufes statt.

II. Diese erworbene Schwerhörigkeit erscheint mit Rücksicht auf die Signalordnung gefährlicher, als die Farbenblindheit, denn bei dieser handelt es sich um einen angeborenen Zustand, welcher sich präcise schon vor der Indienststellung constatiren lässt, bei jener dagegen um eine langsame, schleichende, oft dem Träger des Leidens unbewusste, erworbene Krankheit, der er oft selbst sich erst bewusst wird, wenn durch einen Zufall, z. B. durch eine Erkältung oder durch eine Verletzung, das Gehör auf einer oder beiden Seiten noch mehr abnimmt oder völlig vernichtet wird.

III. Wie die einschlägigen Prüfungen ergeben haben, erkrankt das Gehörorgan des Fahrpersonals der Bahnen in Ungarn häufig. Fortgesetzte Untersuchungen können vielleicht dies Resultat noch corrigiren, die Thatsache aber an und für sich ist positiv und zweifellos.

IV. Die Untersuchung des Ohres muss vor Dienstantritt mit der grössten Sorgfalt und nur von einem Arzte vorgenommen werden, der

*) Ist geschehen.

sich eingehend mit Ohrenheilkunde beschäftigt hat, denn die Prüfung, namentlich die functionelle, ist schwer und complicirt, und weil, wie es allgemeine Sitte, mit Uhr und Sprache allein das wirkliche Gehör nicht festgestellt werden kann.

V. Bei der definitiven Anstellung dürfte es zweckmässig sein, den Betreffenden darauf aufmerksam zu machen, dass eine Beeinträchtigung des Gehörvermögens durch den Beruf möglich sei und dass er, wenn er das Geringste in dieser Hinsicht bemerkt, sich melde.

VI. Eine mindestens immer innerhalb zwei Jahren wiederkehrende Untersuchung des Gehörorgans erscheint bei den Betriebspersonalen der Eisenbahnen zur Vermeidung von Gefahren angezeigt.

Bericht
über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung.)

12) Dr. Szenes (Budapest): Ueber therapeutische Ergebnisse einiger neuer otiatrischer Heilmittel.

Die Ergebnisse beziehen sich einerseits auf fortgesetzte Beobachtungen über Cocain und Aristol*), andererseits über Erfolge mit Bromaethyl und Dermatol.

Das Cocainum hydrochloricum hat Sz. früher in 14 und jetzt in neueren 14 Fällen von Ohrensausen angewendet, jedoch ohne Erfolg. Die bis 5proctg. Lösung wurde ein wenig erwärmt, durch einen Kautschukcatheter per tubam injicirt, und konnte in vielen Fällen nach der Injection eine Hyperämie des oberen Trommelfellabschnittes, zumeist sich auf die Gegend des kurzen Fortsatzes und nach unten auf den Hammergriff erstreckend, beobachtet werden, doch verschwand dieselbe bis zur nächsten Sitzung spurlos. Trotz grösster Vorsicht gelangten bei den meisten Patienten 1—2 Tropfen immer in die Rachenhöhle, und wäre Sz. nicht ganz abgeneigt anzunehmen, dass ein Theil der als Intoxicationserscheinungen erwähnten Unannehmlichkeiten — Brechreiz, Schnürgefühl in der Kehle — auf Rechnung der pharmacodynamischen Wirkung des Cocains auf die Schleimhaut daselbst geschrieben werden muss, überhaupt wenn man es mit empfindlichen Individuen zu thun hat; der andere Theil der Intoxicationssymptome: taumelnder Gang, Schwindelgefühl, Mattigkeit — einerseits als Fortsetzung der ersteren Symptome, andererseits als directe nervöse Zufälle zu betrachten wären. — Bezüglich des therapeutischen Werthes ist das Cocain als Antitinniticum in die Reihe jener Mittel zu stellen, welche die Frage der Entstehung

*) Therap. Monatshefte, No. 10—12, 1890.

der Ohrgeräusche derzeit noch immer nicht zu lösen im Stande sind, und wenn letztere auf pathologische Veränderungen der Gefässe beruhen, werden voraussichtlich noch viele andere Heilmittel versucht werden müssen, bis man in den Besitz eines wirklichen Antitinnitieums gerathen wird.

Das Bromaethyl, von Löwenberg*) gegen Ohrensausen, speciell bei an Mittelohrsclerose Leidenden empfohlen, hat Sz. bei 42 Kranken angewendet, und beziehen sich die Fälle auf die verschiedensten Arten des Ohrensausens und war auch die Diagnose eine verschiedene (ausgesprochene Mittelohrsclerose, typischer Paukenhöhlencatarrh, Narben am Trommelfell und Synechien in der Paukenhöhle, normaler Trommelfellbefund trotz bestehenden Sausens.) Die mit dem vorher comprimirten Gummiballon aspirirten Bromaethyldämpfe wurden stets bei Anwendung des Politzer'schen Verfahrens oder aber per Catheter in die Paukenhöhle gebracht, und trotzdem vor jeder Entleerung des Ballons derselbe immer von Neuem gefüllt wurde, variirten die Aussagen ein und desselben Patienten selbst während einer Sitzung betreffs eines ausgesprochenen Kälte- oder Wärmegefühls, so dass der von Löwenberg erwähnte diagnostische Vorzug auch nicht immer eintrifft. Die therapeutischen Erfolge blieben ebenfalls aus, und glaubt Sz. auch das Bromaethyl in die Reihe jener Mittel hinzustellen, mit welchen man auch fernerhin experimentiren muss, insolange wir nicht in der Lage sind, auf Grund pathologisch-anatomischer Erfahrungen in den Besitz bewährterer Mittel zu gerathen.

Aristol hat Sz. als empfohlenes Antisepticum in Pulverform bei Eiterungsprocessen des äusseren und mittleren Ohres angewendet, und bekräftigten die neueren 17 Fälle nur das, was Sz. bereits zufolge der ersteren 15 Fälle behauptete, dass nämlich Aristol bei Weitem nicht die von Rohrer so sehr gerühmten guten Eigenschaften besitzt, wie dies übrigens auch die neuerdings von Bürkner**) angestellten Versuche bewiesen. — In ähnlicher Weise hat Sz. das Dermatol in 18 Fällen angewendet; 10 Mal bei chronischer Mittelohreiterung, 2 Mal bei acuter eitriger Paukenhöhlenentzündung, in 3 Fällen nach Entfernung von Polypen, wo noch ganz kleine Granulationen zurück blieben und 3 Mal bei diffuser Otitis externa. Bezüglich des therapeutischen Werthes kann dem Dermatol zwar eine gewisse secretionsvermindernde Eigenschaft nicht ganz abgesprochen werden, auch reizt es die Ohrgebilde nicht, ist auch geruchlos, trotzdem eignet es sich selbst für alle solche Fälle von Eiterungen nicht, bei denen eine Pulverbehandlung überhaupt angezeigt ist; nichts desto weniger ist Sz. der Ansicht, das Dermatol zu weiteren Versuchen, zufolge seiner guten Eigenschaften, empfehlen zu können.

Discussion:

Dr. Brieger (Breslau) hat auch mit Dermatol Versuche angestellt und betont die Unlöslichkeit desselben, so dass bei seiner Anwendung die Gefahr einer festen Borkenbildung bevorsteht, hinter welcher die Eiterung fortbesteht.

---

*) Deutsche med. Wochenschr., No. 28, 1890.
**) Berliner klin. Wochenschrift 1891.

Szenes betont, die Vortheile des Dermatol nicht zu überschätzen, auch müssen sich die Fälle überhaupt für eine Pulverbehandlung eignen, daher solche sein, wo Retentionserscheinungen nicht leicht auftreten können, und dann werden auch die von Brieger erwähnten Gefahren wegfallen.

13) Derselbe: Casuistische Mittheilungen.

Szenes berichtet über 3 Fälle von acuter Otitis media, welche einen abnormen Verlauf zeigten. Im ersten Falle handelte es sich um eine linksseitige suppurative Paukenhöhlenentzündung und 3 Tage nach der vollkommenen Restitutio ad integrum traten die ersten Symptome einer Paukenhöhlenentzündung auch rechterseits auf, wo jedoch die Suppuration verhindert wurde. Im zweiten Falle erkrankte zuerst das rechte Ohr und 3 Tage nach dessen vollkommener Genesung auch das linke; auf beiden Seiten bildeten sich jedoch die Symptome zurück, ohne dass es zu einer Paukenhöhleneiterung gekommen wäre. Im dritten Falle endlich handelte es sich beiderseits um eine acute Paukenhöhleneiterung, welche zuerst am rechten Ohre auftrat, und 3 Tage nach der vollständigen Heilung begann derselbe Process am linken Ohre.

Sz. will zur Zeit blos die objective Thatsache erwähnt haben, dass ein und derselbe Process erst nach vollkommener Genesung des einen Ohres auf das andere Ohr übergegangen war und will die Sache per analogiam seltener Formen von sogenannten wandernden Pneumonien als Otitis media acuta migrans bezeichnen, denn ebenso, wie bei der ersteren die Entzündung einen Lungenbezirk ergreift und nach kürzerem oder längerem Bestande und Ablauf desselben einen zweiten, manchmal recht weit entlegenen Lungenabschnitt befällt, finden wir auch hier, dass derselbe Process nach vollkommenem Verlaufe auf das andere Ohr hinübergewandert war. — Allerdings haben noch weitere Beobachtungen darüber zu entscheiden, inwiefern die Annahme dieser Form der Otitis berechtigt ist und werden besonders bacteriologische Untersuchungen zu Hilfe gezogen werden müssen, da von einer „Otitis media migrans" im strengeren Sinne des Wortes nur dann die Rede sein kann, wenn in der zweit erkrankten Paukenhöhle dieselben Microorganismen nachgewiesen werden, als in dem zuerst erkrankten Ohre.

Discussion:

Prof. Habermann (Graz) fragt Vortragenden, ob er nicht geneigt wäre anzunehmen, dass vielleicht durch einen Import von Eitererregern aus dem Nasenrachenraum die Otitis media migrans entstanden wäre.

Szenes muss diesen Umstand in Abrede stellen, denn die Gefahr des Importes von Eitererregern in die andere Paukenhöhle ist bei dem clinischen Verlaufe der erwähnten Fälle, in welchen auch fleissige Untersuchungen des Nasenrachenraumes dies bekräftigten, in erster Reihe aber durch Vermeidung der Luftdouche bei einseitigen acuten Paukenhöhlenentzündungen überhaupt, wo Sz. immer nur den Catheter anzuwenden erwähnt, vollkommen ausgeschlossen.

Dr. Brieger (Breslau) fragt nun, ob Sz. vielleicht die zweite Infection des Ohres als haematogene anzunehmen geneigt wäre.

Szenes erwiedert, diesmal blos das Factum erwähnt haben zu wollen, dass ohne besonderen neueren Grund nach Verlauf der Otitis einerseits,

das andere Ohr erkrankte. Eine vollkommen befriedigende Erklärung hierüber haben spätere Beobachtungen zu geben.

14) Prof. Walb (Bonn): Ueber Anwendung der Lucae'schen Drucksonde bei Mittelohrerkrankungen.

Walb berichtet über die von ihm geübte Behandlung gewisser Formen von chronischen Mittelohrerkrankungen mit der von Lucae angegebenen Drucksonde. Nach anfänglichen Misserfolgen hat W. in letzterer Zeit durch energischere Anwendung derselben in einer Anzahl von Fällen entschiedene Resultate erzielt. Sowohl das Sausen, welches beständig vorhanden gewesen war, verschwand in einzelnen Fällen ganz, in anderen wurde es wesentlich gemindert und auch das Gehörsvermögen nahm erheblich zu. Die Anwendung geschah täglich; in einzelnen Fällen sogar zwei Mal täglich, wobei in jeder Sitzung 50—60, ja bis zu 100 Stösse ausgeführt wurden. Die Patienten gewöhnen sich ausnahmslos sehr rasch an die Behandlung. Oertliche Reaction trat nie auf. In der ersten Zeit lässt W. den Kopf fixiren, später ist dies nicht mehr nöthig. Es ist nothwendig zur Erzielung nennenswerther Erfolge, das Verfahren Monate hindurch anzuwenden (einzelne Fälle wurden bis neun Monate lang behandelt). Dabei hat sich die merkwürdige Beobachtung ergeben, dass nicht nur Fälle mit gut erhaltener Knochenleitung und herabgesetzter Luftleitung sich für die Behandlung eignen, sondern dass auch bei stark herabgesetzter Knochenleitung noch Besserung erzielt werden kann und die Knochenleitung sich wieder einstellt. Walb zieht daraus den Schluss, dass unsere landläufige Auffassung des Krankheitssitzes, je nach vorhandener oder nicht vorhandener Knochenleitung, einer wesentlichen Aenderung bedarf, und ist der Ansicht, dass gewisse Erkrankungsformen des schallleitenden Apparates die Knochenleitung stark beeinflussen.

Discussion:

Dr. Krakauer (Berlin) erwähnt, Catheter und Rarefacteur in geeigneten Fällen zu gleicher Zeit angewendet zu haben, ohne jedoch hierdurch bessere Resultate erzielt zu haben, als bei alleiniger Anwendung des Rarefacteur.

Dr. Joël (Gotha) hat bei Ohrgeräuschen durch den Delstancheschen Rarefacteur gute Erfolge gehabt.

Dr. Stimmel (Leipzig) hat die Lucae'sche Sonde in vielen Fällen angewendet, doch verbesserten sich blos die subjectiven Geräusche, das Gehörsvermögen blieb jedoch unverändert.

Dr. Wehmer (Berlin) hat in wenigen von den vielen Fällen auch Erfolge mit der Sonde erzielt.

Prof. Schwartze (Halle a. S.) glaubt, dass wenn das Mechanische das eigentlich Wirksame ist, dann sollte man durch Anwendung der Hommel'schen Traguspresse ähnlich günstige Resultate zu verzeichnen haben, als mit der Drucksonde, und fragt zugleich, ob Jemand diesbezügliche Erfahrungen hätte.

Dr. Stimmel hat die Hommel'sche Traguspresse sehr häufig angewendet, doch nur in zwei Fällen stellte sich der Erfolg ein.

Dr. Joël fragt im Anschluss, ob Jemand mit dem Aschendorfschen Hörrohre Resultate bei Schwerhörigen erzielt hätte.

Prof. Walb hat in ca. 100 Fällen Versuche, jedoch ohne Resultat, angestellt; die Befestigung am Ohre ist eine schlechte, ferner wird das Instrument durch die Resonanz, welche im Ohr entsteht, schädlich.

Dr. Krakauer hat das Hörrohr in 50 Fällen ebenfalls ohne Erfolg angewendet.

Dr. Brieger (Breslau) erwähnt, einen Kranken gehabt zu haben, welchem Aschendorf selbst das Instrument anfertigte; Erfolg war zwar da, doch macht der hohe Preis das Hörrohr nicht für Jedermann zugänglich. (Schluss folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber otitische Hirnabscesse. (Aus der Königl. Universitäts-Ohrenklinik zu Berlin.) Von Dr. Jansen. (Berliner klin. Wochenschrift No. 49, 1891.)

J. giebt eine Zusammenstellung der innerhalb der letzten 2½ Jahre in der Berliner Universitäts-Ohrenklinik beobachteten Fälle von Hirnabscessen ex otitide, der zufolge bei einer Gesammtzahl von 13000 Kranken auf 2650 acut entzündliche eitrige Mittelohrerkrankungen mit 149 Aufmeisselungen des Warzenfortsatzes 1 acuter Hirnabscess, auf 2500 chron. Otorrhoen mit 206 Aufmeisselungen 6 chron. Hirnabscesse entfallen. Sämmtliche Abscesse lagen dicht über resp. hinter dem erkrankten Schläfenbein, 4 Mal in unmittelbarem Zusammenhange mit dem Eiterheerd im Ohr durch Fistel oder gangränöses Gewebe, in einem Falle von Kleinhirnabscess mit Thrombose der Vena audit. int. scheint der Eiter längs dem Acusticusstamme fortgewandert zu sein. Die Ansicht, dass für die Entstehung von Hirnabscessen häufig eine extradurale Eiteransammlung in Folge acuter oder chronischer Pachymeningitis suppur. von ätiologischer Bedeutung sei, fand in den vorliegenden Fällen keine directe Bestätigung, doch ist J. geneigt, für die chron. Form der Pachymen. derselben beizutreten. Bemerkenswerth ist die Angabe, dass nur in einem Falle Stauungspapille beobachtet wurde, sowie dass die 4 Kleinhirnabscesse ausnahmslos von Labyrintherkrankungen begleitet waren, bestehend 1 Mal in ödematöser Schwellung und Röthung der membranösen Bogengänge, 2 Mal in Empyem, 1 Mal in völligem Verlust des knöchernen und häutigen Labyrinths und Ersatz durch fibröses Gewebe; bei den 3 Schläfenlappenabscessen waren macroscopisch die Labyrinthe frei geblieben. Der Warzenfortsatz war in allen Fällen erkrankt, 4 Mal mit Empyem, 3 Mal mit Cholesteatom, 2 Mal ohne äussere Anzeichen der Erkrankung. Im Allgemeinen waren die Symptome für Hirnabscesse so unbestimmt, dass nur 1 Schläfenlappenabscess mit Sicherheit diagnosticirt und genauer localisirt werden konnte, der einzige Fall, welcher operirt wurde; in einem Falle konnte ein Hirnabscess angenommen, aber nicht localisirt werden; 2 Mal liess sich eine intracranielle Complication constatiren, während 3 Mal der durch die Section nachgewiesene Hirnabscess intra vitam überhaupt nicht vermuthet worden war.

Der operirte Fall ist folgender. Bei einem 46jähr. Locomotivführer entwickelte sich langsam unter andauernd heftigen Kopfschmerzen mit Schwindel, Uebelkeit und Gedächtnissschwäche eine Anschwellung des rechten Warzenfortsatzes; rechtes Trommelfell geschwollen, mässig geröthet, nicht perforirt. Trotz Freilegung des grossen Empyems im Processus Fortdauer der Kopfschmerzen, nach einigen Tagen Symptome von Herderkrankung, Parese im linken Arm, Facialis, Bein, mit stark wechselnder Intensität der Erscheinungen. Unter Annahme eines Schläfenlappenabscesses (und zwar mit Rücksicht auf das Ohrleiden; die Lähmungserscheinungen wurden auf eine secundäre Fluxion im hinteren Theile der Caps. int. bezogen) wurde die Operation ausgeführt und der Eiterherd getroffen; alsbald Nachlass der Semnolenz, Kopfschmerzen und Lähmung, doch bleibt eine Erweiterung der rechten Pupille, Schwäche des Facialis und des Gedächtnisses. Nach 2 Monaten Entlassung in die Heimath; dort schon am folgenden Tage Wiederauftreten der Lähmungen, Vorwölben der Operationsnarbe; nach Eröffnung derselben, wobei sich kein Eiter entleerte, kurze Besserung für einige Stunden, dann Exitus lethalis. Section wurde nicht gemacht. Keller.

Ein Fall von geheiltem Schläfenlappenabscess. Von A. Baginsky und Th. Gluck. (Berliner klinische Wochenschrift No. 48, 1891.)

Bei einem 5jährigen Knaben, dem eine in den linken Gehörgang gesteckte Erbse 14 Tage daselbst verblieben und eine Mittelohreiterung hervorgerufen hatte, stellten sich im Laufe der nächsten 2 Monate nach Entfernung des Fremdkörpers, nachdem die Otorrhoe längere Zeit geschwunden war, cerebrale Symptome ein; trotzdem kein Herdsymptom vorlag, — keine Parese, keine aphasischen Störungen, keine Stauungspapille oder contralaterale Taubheit, vielmehr nur allgemeiner Kopfschmerz, Apathie, zeitweise Sopor mit momentanem Aufschreien, — wurde dennoch die Diagnose auf Abscess im linken Schläfenlappen gestellt, hauptsächlich weil es sich um eine Mittelohreiterung als Entstehungsursache handelte und weil B. kurz vorher ein gleiches Krankheitsbild bei einem mit Caries des Felsenbeins behafteten Kinde beobachtet hatte, bei welchem die Section einen weit ausgedehnten Schläfenlappenabscess nachwies. Die von Gluck ausgeführte Operation erwies die Richtigkeit der Diagnose und war vom günstigsten Erfolge begleitet, insofern nach Entleerung des Abscesses der Knabe sich ausserordentlich rasch und vollständig erholte. Gluck schliesst an die Beschreibung der Operation eine Reihe von Betrachtungen über die allgemeine Hirnchirurgie an, welche, auf eine grosse eigene Erfahrung basirend, für den Ohrenarzt von ganz besonderem Interesse sind, jedoch in ihrem Zusammenhange im Originale selbst nachgelesen werden müssen. Keller.

Casuistische Mittheilungen. Von Dr. Ludewig. (Arch. f. Ohrenhlkde. Bd. 29, XIV.)

I. Lebensgefährliche Blutung bei Paracentese des Trommelfelles durch Verletzung des Bulbus venae jug. An einem fünfjährigen Knaben wurde wegen Ansammlung serösen Exsudates die Paracentese vorgenommen; bei der Dilatation des Schnittes nach abwärts

schoss ein dicker Blutstrahl aus dem Gehörgange. Trotz schleunigster Tamponade verlor der kleine Patient ca. 1000 Gramm Blut, glücklicherweise stand die Blutung bald und als nach acht Tagen der Verband gewechselt wurde, war die Venenwunde und der Trommelfellschnitt verheilt. Bald darauf konnte Patient geheilt entlassen werden.

Auffallend war am Trommelfelle vor der Paracentese nur ein durchscheinendes Blau im hinteren unteren Quadranten, dem jedoch weiter keine Bedeutung beigemessen worden war.

Die Ansicht des Autors, dass ein solches Ereigniss in der Literatur bisher nicht verzeichnet sei, muss Referent mit dem Hinweise auf einen analogen Fall berichtigen, den Gruber in seinem Lehrbuche, II. Aufl., Seite 461, anno 1888 beschrieb.

II. Ruptur des Trommelfelles durch Blitzschlag. Ein 37jähriger Mann, der auf dem Felde vom Blitz getroffen worden war, so dass er 1 Stunde besinnungslos und eine weitere halbe Stunde unfähig blieb, zu sprechen und sich zu bewegen, bemerkte einen Tag nachher beiderseits Schwerhörigkeit und pulsirendes Summen rechts. 18 Tage nach dem Unfalle wurde am rechten Trommelfelle hinten eine etwa erbsengrosse, nierenförmige Perforation mit nach innen umgeworfenen Rändern gefunden. Die obere Begrenzung der Perforation säumte ein Streifen eingetrockneten Blutes ein; das Promontorium war von zarter, blasser Schleimhaut bekleidet. Uhr ad concham et proc. mast., Flüsterzahlen 20 Ctm.; Weber C. unbestimmt. Zuheilung (Flüsterzahlen auf 3½ Mtr.) nach einem Monate. Gomperz.

Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Univ.-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1888 bis 31. März 1889. (Arch. f. Ohrenhlkde. Bd. 29, XVI.)

Zur Beobachtung kamen 2070 Krankheitsfälle bei 1515 Patienten. Aus der Krankheitstabelle seien hervorgehoben:

206 Fälle von Otitis media suppurativa acuta, davon 21 mit Entzündung der Warzenzellen.

349 Fälle von Otitis media suppurativa chronica, davon 23 mit Entzündung der Warzenzellen, 3 mit Necrose, 79 mit Caries, 46 mit Polypen, 25 mit Cholesteatom. Aus der Operationstabelle sei hervorgehoben:

Die operative Eröffnung des Antrum wurde 50mal (3mal doppelseitig), die Hammerexcision 22mal, die des Ambosses 11mal, die Wildesche Incision und die Eröffnung der Schädelhöhle je 3mal, die Tonsillotomie 186mal, die Entfernung adenoider Vegetationen 107mal ausgeführt. Aus der, der Arbeit beigegebenen Liste der 47 Aufmeisselungsfälle ist zu ersehen, dass

24 Patienten geheilt (einmal trotz Sinusblutung),
2 „ gebessert wurden,
4 „ sich gebessert der Behandlung entzogen,
4 „ noch in Behandlung blieben,
je 1 Patient ungeheilt wegblieb und wegzog und
11 Patienten starben.

47 Patienten.

Die 10 Fälle der stationären Clinik, welche lethal endeten und deren sehr sorgfältige Krankengeschichten in die Arbeit aufgenommen wurden, sind folgende:

1) Chronische rechtsseitige Eiterung mit Caries im Warzenfortsatz und subperiostalem Abscess, Meningitis, Kleinhirnabscess.
2) Chronische linksseitige Eiterung mit Carcinom des äusseren Gehörganges, Facialislähmung, Meningitis.
3) Chronische linksseitige Eiterung mit Abscess im l. Schläfelappen, Pyaemie.
4) Chronische linksseitige Eiterung mit Caries und fistulösem Durchbruch am Warzenfortsatze. Tod durch Chloroformasphyxie.
5) Chronische linksseitige Eiterung mit Empyem und Caries des Warzenfortsatzes, Cholesteatom, subduralem und Kleinhirn-Abscess. Trepanatio cranii.
6) Acute eitrige Mittelohrentzündung mit Empyem des Warzenfortsatzes, Meningitis.
7) Acute (?) Mittelohrentzündung mit Caries rechts.
8) Chronische eitrige Mittelohrentzündung mit Polypen und Cholesteatom.
9) Chronische eitrige Mittelohrentzündung beiderseits mit Polypen, links mit Cholesteatom. Kleinhirnabscess, Meningitis, Pneumonie.
10) Chron. eitrige Mittelohrentzündung, rechts mit Cholesteatom im Warzenfortsatz, Abscess im r. Schläfelappen, Trepanatio cranii.

Gomperz.

Ueber die therapeutische Verwerthung der Borsäure nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. Von Dr. Jaenicke. (Therapeut. Monatshefte 1891, September.)

Nach den Untersuchungen des Autors ist die eigentliche pilztödtende Kraft der Borsäure eine sehr geringe, dagegen um so grösser ihre Fähigkeit, die Lebensäusserungen der Spaltpilze, speciell die Vermehrung und die Erzeugung giftiger Stoffwechselproducte zu unterdrücken. Um das auch durch seine Reizlosigkeit vor vielen anderen ausgezeichnete Mittel in stärkerer Lösung bei gewöhnlicher Temperatur zu verwenden, als bis jetzt möglich war (4 pCt.), bemühte sich der Autor, ein Borsäurederivat zu finden, welches bei gleicher entwicklungshemmender Kraft eine grössere Löslichkeit besässe. Dies gelang durch Erhitzen gleicher Theile Borsäure, Borax und Wasser bis zum Sieden, worauf nach dem Erkalten die neutral reagirende Borsäure-Boraxverbindung auscrystallisirt. Dieser Körper löst sich bei Zimmertemperatur zu etwa 16 pCt., bei Blutwärme zu mehr als 30 pCt., bei Siedetemperatur bis über 70 pCt.; da derselbe sich bei gewöhnlicher Temperatur nur sehr langsam auflöst, ist es zweckmässig, auch die 16 proctgn. Lösungen unter Zuhilfenahme der Siedehitze herzustellen, etwa 1 Theil des Borpräparates auf 4 Theile Wasser, während man für stärkere Lösungen gleiche Theile erhitzt. Verfasser hat von der Anwendung der meist 16 proctgn. Lösung bei Ohreneiterungen (wie auch bei Behandlung von inficirten Wunden) sehr günstige Erfolge gesehen.

Keller.

b) Rhinologische:

Klinische Erfahrungen auf dem Gebiete der Rhinologie und Laryngologie. (Faits cliniques dans le domaine de la Rhinologie et de la Laryngologie.) Von Luc. Paris.

1. Diffuses Fibro-Adenom der Schleimhaut des Kehlkopfes und Rachens. (Fibro-adénome diffus des muqueuses laryngienne et pharyngienne.)

Ein 26jähriger Weinreisender, ohne hereditäre Belastung, zeigte am rechten, hinteren Gaumenbogen einen Haselnussgrossen, runden, grauröthlichen Tumor; das Cavum laryng. zum Theile erfüllt mit ähnlichen Geschwülsten, davon zwei gleichfalls von Haselnussgrösse. Stimme rein. Keuchender Athem. Abtragung der zumeist breitbasig aufsitzenden Neubildungen vermittelst galvanocaustischer Schlinge und Krause'scher Zange innerhalb von 2 Monaten. Darauf wurden noch im Nasenrachenraume eine den vorgenannten ähnliche Geschwulst, sowie zahlreiche adenoide Vegetationen entdeckt und mit der Löwenberg'schen Zange und dem Gottstein'schen Ringmesser entfernt. Die Neubildungen erwiesen sich sämmtlich als diffuse Fibro-Adenome. Volle Heilung.

2. Submucöser Abscess der Nasenscheidewand traumatischen Ursprung. (Abscès sous-mouqueux de la cloison nasale, d'origine tramatique.)

Sturz einer Dame vom Velociped. 4 Tage darauf constatirt L. vollständige Verstopfung beider Naseneingänge durch einen runden Tumor, der sich bei der Punction als Abscess der Nasenscheidewand manifestirte, gespalten wurde und darauf ohne Deformität des Nasenrückens heilte.

3. Laryngitis haemorrhagica. (Laryngite hémorrhagique.) Blutspeien bei einem 55jährigen Manne mit völlig gesunden Lungen, doch grosser Neigung zu Congestionen nach dem Kopfe. Als Quelle der Blutung wurde laryngoscopisch eine Erosion erkannt, welche im Centrum einer dunkelviolett gefärbten Ecchymose im Niveau des linken Santorini'schen Knorpels auf sehr starkgerötheter Schleimhaut sass. Mit Verschwinden dieser Erosion sistirte die Blutung innerhalb 8 Tagen.

4. Acute syphilitische Larynx-Stenose. Beseitigung der Dyspnoe durch Curettement ohne Tracheotomie. (Sténose laryngée aiguë d'origine syphilitique. Suppression de la dyspnée par le curettage sans trachéotomie.)

Seit einigen Tagen zeigte sich bei einer 43 Jahre alten Frau Larynxstenose. Als Grund hierfür wurde Haselnussgrosse Anschwellung beider Aryknorpel festgestellt. Bei Abwesenheit aller Erscheinungen, welche auf Tuberculose schliessen zu lassen erlaubten, wurde Syphilis als ätiologisches Moment angenommen. — Vollständige Excision der infiltrirten Massen mittelst der schneidenden Zange von Krause und der Curette von Heryng. Hierdurch, sowie durch nachträgliche Darreichung von Jodkali definitive Heilung. Beschorner.

Beiträge zur Therapie der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Von Dr. Ed. Löri in Budapest.

L. wendet bei acutem und einfachem chronischen Nasencatarrh Pinselungen der Nasenschleimhaut mit Bellad.-Tinct., bei empfindlichen

Kranken mit Cocain-Lösung gemischt (20 Tropfen Tinct. Bellad. und 10 Tropfen 5 proctgr. Cocain-Lösung) an. Bei Empyem. antr. Highmor. sah er die Beschwerden wesentlich vermindert, bezw. nach 4—6 monatlicher Anwendung des Verfahrens Heilung, durch tägliches kräftiges Anpressen eines, mit einer Lösung von Jod. pur. 1,0, Chlorof. 30,0 getränkten Pinsels an das Ostium maxillare oder den Hiatus semilunar. — Gegen die häufig recidivirende Tonsillitis parenchymatos., follicular., und Peritonsillitis lässt er 2—3 Mal täglich folgendes Gurgelwasser gebrauchen: 0,1 bis 0,3 Jod. pur., 1,0—3,0 Kal. jod., 1,0—3,0 Tannin auf 100,0 Aqu. Die Tonsillitis mycotic. pinselt er mit oben genannter Jod-Chloroform-Lösung oder Chlorof. pur. Bei Glottiskrampf der Erwachsenen sah er von dem Auflegen eines Belladonna-Pflasters (Extr. Bellad. 3., Empl. Cicutae und Empl. Diachyl. comp. āā 10) vortrefflichen Erfolg. — Diphtheritis behandelt L. mit Schwefeldämpfen und Gurgelungen mit verdünntem (1 : 5) Alcohol. — Bepinselungen und sonstige eingreifende Manipulationen verwirft er. Wichtig: gute Ernährung, reichlich Wein und Branntwein. Ferner macht L. Mittheilung über seine Beobachtung, dass bei Aufblasen einer Mischung von Alum. und Zinc. sulfur. āā oder bei Einträufeln einer concentrirten Lösung dieser Mischung auf echte Larynxpapillome, diese öfters nach einigen Tagen zerklüfteten und später theilweise oder ganz abbröckelten. So verschwanden die Papillome in einigen Fällen nach 4, 9 und 16 Wochen vollständig.

Beschorner.

Ausgleichung eckiger Deformitäten der Nase durch ein subcutanes Operations-Verfahren. (Du redressement des déformations angulaires du nez par une opération sous-cutanée.) Von Dr. John O. Roe in Rochester. (Arch. internat. de Laryng. etc. IV, No. 5, 1891, Sept.-Octbr.)

R. bahnt sich vom Nasen-Innern aus durch die obere Wand einen Weg bis zur unteren Fläche der äusseren Hautbedeckung, führt auf diesem eine winklig gekrümmte Scheere ein und trägt so subcutan die knöcherne Prominenz des Nasenbeines ab. Die beigegebenen, nach Photographien vor und nach der Operation ausgeführten Abbildungen zeugen von den überraschend schönen kosmetischen Erfolgen, welche mit der angegebenen Methode erzielt werden können. Beschorner.

Epithelialsarcom der Nasenhöhlen, Uebergreifen auf die Stirnbeinhöhlen, latenter Abscess des Gehirnes, plötzlicher Tod, Section. (Tumeur minte [epithéliosarcome] des fosses nasales. Envatissement des sinus frontanso. Abcès latent du cerveau. Mort subile. Autopsie.) Von Dr. G. Durante. (Archives de laryngologie und Revue de laryngologie No. 4, 1891.)

Der Titel besagt das Ganze. Dieser Fall beweist von Neuem die grosse Toleranz des Gehirns und spornt zur Vorsicht bei der Exstirpation solcher Tumoren an. Die beiden Stirnlappen waren symmetrisch zerstört, es konnte also intra vitam keine Rede von Vicariiren der noch unbekannten Functionen der Stirnlappen sein. Dr. P. K.

Cysten der Nase. (Nasal Cystomata — Report of Two Cases.) Von C. W. Richardson, Washington, D. C. (The Journ. of the Am. Med. Assoc., 3. October 1891.)

Bericht zweier Fälle von Cysten, die am Pharynxdach sassen und deren Entfernung keinerlei Schwierigkeiten darbot.

W. Freudenthal (N.Y.).

Grosser papillärer Tumor am hinteren Ende der linken unteren Nasenmuschel. (Tumeur papillaire volumineuse s'implantant sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche.) Von Dr. Noquet. (Bulletin médical du Nord No. 15, 1891.)

Ein 49jähriger Mann zeigt Verstopftsein der linken Nasenhöhle, bei rechtsseitiger Lage Verstopftsein auch der rechten; weder Nasenbluten, noch Schmerz, noch Ausfluss, noch Deformation. Die Differentialdiagnose mit malignen Tumoren und Schleimpolypen war leicht; nur das Microscop erlaubt die Differentialdiagnose mit papillärem Adenom. Operation mittelst der kalten Schlinge in drei Sitzungen; der Tumor war pflaumengross. Verf. betont die Seltenheit der Papillome. Dr. P. K.

Augenleiden in Folge von chronischer Rhinitis. (Inflammation oculaire dépendant d'une rhinite chronique.) Von Dr. Blitz. (The Journal of the American. med. Association und Annales des maladies de l'oreille et du larynx.)

Augenbrennen, Photophobie, Thränenlaufen, Conjunctivaschwellung heilten durch zweckmässige Behandlung des Nasenleidens.

Dr. P. K.

Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle bedingt durch Erysipel-Streptococcen. (Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore du au Streptocoque de l'érysipèle.) Von Luc. Paris.

Entwickelung eines linksseitigen Empyems der Highmorshöhle bei einer 65jährigen Frau, im Anschluss an ein Gesichts-Erysipel, mit Abscessbildung am linken oberen Augenlide, jedenfalls bedingt durch Eindringen von Streptococcen in den Sinus maxillaris. Operation 9 Monate nach der Entstehung, durch Eröffnung von der Fossa canina aus. Der nicht fötide Eiter liess bei der microscopischen Untersuchung ausschliesslich Streptococcen in der für Erysipel characteristischen reihenförmigen Anordnung erkennen. Dentaler Ursprung des genannten Empyems war auszuschliessen. Heilung. Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Urticaria des Schlundes. (Urticaire de la gorge.) (Société de médecine de Paris, Séance du 3. Juillet 1891.)

Dr. Laverau stellt eine 30jährige Patientin vor, welche fast jeden Morgen einen Anfall von Urticaria an irgend einer Körperstelle hat; am letzten Morgen trat Urticaria des Schlundes mit Dysphagie und Dyspnoe auf: Uvula, Mandeln und die Bögen waren geschwollen; an der Wange

und an der Zunge waren Urticariapusteln zu sehen. Dr. Montard Martin wurde eines Abends zu einer Dame gerufen, welche Dysphagie und Erstickungserscheinungen hatte; die Zunge trat zwischen den Zahnreihen hervor. Einige Stunden später trat auch im Gesicht und an den Lippen Urticaria auf. Ohne Hauteruption ist die Diagnose oft schwer. Heilung von selbst in kurzer Zeit. Dr. Rendu beobachtete einen ähnlichen Fall bei einem kleinen Kinde, wo die Erstickungserscheinungen gefährlich zu werden drohten. Dr. Sevestre beobachtete zwei ähnliche Fälle in demselben Moment und in derselben Familie Man kann immer die beste Prognose stellen. Dr. P. K.

Lipoma sublinguale. (Lipome sublingual.) Von Dr. Folet. (Bulletin médical de Nord No. 12.)

Werden fast immer mit den gewöhnlichen Zungencysten verwechselt; letztere sind aber blauviolett, während die Lipome offenbar gelb sind. Selten; Verf. konnte nur 10 Fälle sammeln; der erste wurde von Dupuytren beschrieben (1830). Die Probepunction verstärkt die Diagnose; nach einem einfachen Schnitt durch die Mucosa quillt die Fettgeschwulst fast von selbst hervor; mittelst stumpfen Instruments wird sie leicht herausgeschält. Dr. P. K.

Zungenangiom. Exstirpation, Heilung. (Angiome de la langue, extirpation, guérison.) Von Dr. Luis Maglioni. (Annal. del Circ. med. Argentino und Revue de laryngologie No. 2, 1891.)

Ein 7jähriger Knabe zeigte seit 2 Jahren auf dem Zungenrücken links einen erdbeergrossen vasculären Tumor. Exstirpation mittelst des galvanocaustischen Messers. Heilung nach 8 Tagen. Dr. P. K.

Ein Fall von idiopathischem Zungenkrampf. (Un cas de crampe idiopathique de la langue.) Von Dr. Stefano Personati. (Union médicale und Revue de laryngologie No. 2, 1891.)

Seltene Fälle, wenn man die von Allgemeinerkrankungen abhängigen abrechnet. Ein 50jähriger Mann zeigt täglich ungefähr 20 Anfälle, während welchen die Zunge aus dem Munde hervorschnellt; Gähnen, Speichelfluss, Polydipsie und Schmerzen im Bereiche des Dentalis inferior begleiten den Anfall. Verf. nimmt einen Reiz des Ursprunges des Hypoglossus an. Dr. P. K.

Diagnose und Behandlung der Dermoidcysten des Bodens der Mundhöhle (laterale Cysten). (Diagnostic et traitement des kystes dermoides du plancher de la bouche [kystes latéraux].) Von Dr. Monod. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 1. Juillet 1891.)

Ein 19jähriges Mädchen zeigte einen linksseitigen, oberhalb des Zungenbeins gelegenen, mehrere Jahre bestehenden, nicht verwachsenen, keine sonstigen Störungen verursachenden Tumor mit allen Zeichen der Dermoidcyste. Operation durch den Mund, um eine äussere Narbe zu verhüten: Punction mit dem Thermocauter, Herausdrücken einer weissgelben Masse, Erweiterung der Wunde mit Excision eines Stückes der

Cystenwand, Betupfen und Tamponiren der Höhle mittelst Chlorzinklösung. Heilung. Wenn bei medianen, an dieser Stelle gelegenen Dermoidcysten der äussere Hautschnitt angerathen wird, so soll man bei lateralen immer durch den Mund operiren. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Syphilis der Tonsilla pharyngea und praeepiglottica. (Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngée et préépiglotte (3ième et 4ième amygdale.) Von Dr. E. J. Moure und Dr. V. Raulin. (Revue de laryngologie No. 6 und 7, 1891.)

Im secundären Stadium sind die geschlossenen Follikel entzündet und geschwellt oder sie sind ausserdem noch condylomatös bedeckt; im tertiären Stadium sind sie gummatös angeschwollen und ulceriren später. Diese Anschwellung der geschlossenen Follikel war schon den alten Autoren bei Syphilis bekannt; diese Anschwellung, ähnlich der der subcutanen Lymphdrüsen, ist ein werthvolles Zeichen für die Diagnose der Syphilis. Bei jungen Leuten, namentlich Tabakrauchern, fehlt sie nie; gewürzte Speisen befördern selbe auch; ebenso vieles Sprechen. 1) An der Zungenbasis: Die functionellen subjectiven Symptome sind dunkel; die objectiven Symptome sind von mehr Bedeutung; das Laryngoscop, gehörig eingestellt, lässt das Leiden leicht entdecken, von welchem Verff. zwei Typen, je nachdem die Follikel allein oder das umliegende Bindegewebe mit ergriffen ist, annehmen. 2) Die Rachentonsille: Die Symptome sind verschieden, je nachdem die Rachentonsille allein oder die Rosenmüller'schen Gruben nebst den Tuben mitergriffen sind.

Die tertiären Formen der Syphilis der geschlossenen Follikel bestehen in Gummatis, welche schmelzen und den so oft beobachteten, perforirenden, von hinten nach vorne fortschreitenden Geschwüren, die mit grossen Substanzverlusten einhergehen und am Gaumen unter anderem erzeugen.

Nach Verff.'s Untersuchungen zu urtheilen, wird also das adenoide Gewebe der Rachentonsille sowie der Zungenbasis ebenso wie das adenoide Gewebe an anderen Stellen von Syphilis heimgesucht. Diagnose leicht; Prognose günstig, ausgenommen für die Ohrenaffectionen. Behandlung eine gemischte. Verff. geben 4 Beispiele als Beleg. Dr. P. K.

Intralinguales Tuberculom. (Tuberculome intralingual.) Von Dr. A. Poncet. (Lyon médical und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Ein 26jähr. Mann hat einen fluctuirenden, hartnäckigen, haselnussgrossen, mit der Mucosa nicht verwachsenen Tumor in der rechten Zungenhälfte, dem Rande zu. Er entstand langsam vor 3 Jahren; Inframaxillardrüsen angeschwollen. Patient wurde zur Zeit von einem ähnlichen Tumor durch die Operation befreit. Die Punction ergab die Diagnose eines Tuberculoms; so ein tiefsitzendes, von normaler Mucosa bedecktes Tuberculom findet sich nirgends beschrieben. Man soll eröffnen und auskratzen. Dr. P. K.

Myxosarcom der Parotis mit pharyngealem Auswuchs. (Myxosarcome encapsulé de la parotide à prolongement pharyngien.) Von Dr. Dubar. (Bulletin médical du Nord No. 13.)

Eine 43jähr. Patientin zeigt einen linksseitigen, indolenten, hühnereigrossen, mit der Haut nicht verwachsenen, beweglichen, im Pharynx fühlbaren, undeutlich fluctuirenden, auf Druck auch nicht schmerzhaften, jedenfalls eingekapselten, gutartigen Tumor. Die Totalexstirpation gelang ohne Schwierigkeit. Heilung. Dr. P. K.

Bemerkungen über die Exstirpation von Zungentumoren. (Quelques considérations sur notre méthode d'ablation des tumeurs de la langue.) Von Dr. Péan. (Revue de laryngologie No. 12, 1891.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Diese Präventivmethode erlaubt die partielle und selbst totale Zungenexstirpation ohne jeden Blutverlust. Sie kann angewandt werden, selbst wenn der Tumor den Zungenboden, den Maxillaris inferior und die Gaumenbögen ergriffen hat. Die Arteriae linguales brauchen nicht vorher unterbunden zu werden. Die Operationswunde kann gut heilen, selbst wenn der Mundboden und ein Theil des Os maxillare inferior entfernt worden sind. Die angelegten Nähte verschonen die Wunde vor reizenden Flüssigkeiten und vor Infection. Primäre und secundäre Blutungen sind nicht zu fürchten. Um die Erstickung zu vermeiden, muss der Kranke auf die Seite gelegt werden, man legt gestielte Schwämme in den Mund zum Blutaufsaugen, man zieht die Zunge mittelst Silberdrähten hervor und erhält, wenn möglich, einen zungenförmig zugeschnittenen Rest gesunder Zunge. Dr. P. K.

Phlebitis nach Amygdalitis follicularis. (Phlebites consécutives suite de l'amygdalite folliculaire.) Von Dr. Trumbull. (New-York med. Record und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Eine in der Reconvalescenz von einer Amygdalitis sich befindende Patientin erkrankte an Phlebitis infectiosa, welche von den varicösen Pharynxvenen ausging. Schüttelfrost, gestörtes Allgemeinbefinden, Brechen, Kopfschmerz, Lungencongestion, Icterus, Albuminurie, Tod am 7. Tage.
Dr. P. K.

Oeffnung am rechten vorderen Gaumenbogen mit linksseitiger überzähliger Mandel. (Hiatus du pilier antérieur du palais avec amygdale supplémentaire du côté opposé.) Von Dr. Herbert Claiborn. (The New-York med. Journal und Revue de laryngologie No. 2, 1891.)

Ein 25jährige Frau zeigte eine nur bei heruntergedrückter Zunge mit dem Spiegel sichtbare, am unteren Ende des Arcus palatopharyngeus gelegene überzählige Mandel, welche, mit dem Amygdalotom entfernt und microscopisch untersucht, normales Mandelgewebe ergab. Rechterseits befand sich am vorderen Gaumenbogen, etwas von der Mittellinie entfernt, eine angeborene Oeffnung. Selten findet man diese beiden Anomalien bei demselben Individuum. Dr. P. K.

Vorzüge der Operation der Uranoplastie in zwei Sitzungen. (Sur l'avantage de faire l'uranoplastie en deux séances.) Von Dr. Polaillon. (Union médicale und Revue de laryngologie No. 2, 1891.)

Die seitlichen Einschnitte nach Baizeau verletzen gewöhnlich die Arteriae palatinae und geben gefährliche und störende Blutungen. Deshalb macht Verf. die Operation in zwei Sitzungen. Cocainisirung und seitliche Schnitte nahe den Kiefern; die mucöse Brücke wird von aussen nach innen einige Millimeter breit losgelöst; kommt Blutung, so wird selbe gestillt und der Rest der Operation am anderen Tage gemacht. In der zweiten Sitzung wird chloroformirt, das Loslösen wird vervollständigt und die Mucosa so nahe als möglich vom Knochen getrennt; nun werden die Ränder der Spalte angeschnitten und die Sutur gemacht; erst nach 6 Tagen werden die Nähte entfernt. Dr. P. K.

Fall von zweijährigem Bestehen einer Pharyngitis fibrinosa. (Un cas de pharyngite fibrineuse datant de deux ans.) Von Dr. A Onodi. (Revue de laryngologie No. 5, 1891.)

Der Fall betraf einen 30jährigen Arzt; Einspritzungen von Jodol und einer Mixtur von Sozojodol mit Morphium thaten die besten Dienste. Dr. P. K.

Primärer Lupus im Pharynx. (Lupus primitif de la gorge.) Von Dr. André Moussans. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngologie No. 5, 1891.)

Seltene Fälle. Nicht schmerzhaft, localisirt, langsamer Verlauf, Hyperplasie und zugleich Zerfall: Characterisirende Symptome. Nichterfolg einer antisyphilitischen Kur lässt Syphilis, der schleppende Verlauf lässt Tuberculose ausschliessen. Dr. P. K.

Halsgicht. (Goutte de la gorge.) Von Dr. Vaton. (Gazette des sciences médicales de Bordeaux und Revue de laryngologie No. 6, 1891.)

Dyspnoe mit Oedem der Uvula, des Arcus und des Velum palatinum; Patient war gichtisch; die Angina wurde als gichtisch erkannt und es wurden Sinapismen, Kali chloricum-Gurgelungen nebst Vichywasser verordnet; Scarificationen halfen wenig. Heilung trat plötzlich auf, nachdem ein Gichtanfall an der grossen Zehe eingetreten war.
Dr. P. K.

Acute Laryngitis nach Verschlucken heisser Torte. Intubation. Heilung. (Laryngite aigue consécutive à l'ingestion de tarte chaude. Intubation. Guérison.) Von Dr. James Kone. (Occidental medical Times und Revue de laryngologie No. 13, 1891.)

Ein 4jähriges Kind nahm heimlich ein Stück Torte direct vom Ofen und verschlang selbes. Lauter Schrei, Schmerz im Larynx, Heiserkeit, Athemnoth. Intubation nach 3 Tagen wegen gefährlicher Dyspnoe. Nach 24 Stunden wurde das Rohr ausgehustet, aber wieder in den Larynx gebracht; am anderen Tage befreite das Kind seine Hände, riss den Faden des Cylinders ab und verschluckte letzteren; man fand ihn nachher im Stuhlgang. Vollständige Heilung. Dr. P. K.

Ueber das operative Vorgehen bei Beseitigung adenoider Vegetationen im Rachen. (Sur le manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoides du pharynx.) Von Dr. Alb. Ruault. (Arch. internat. de Laryngologie etc. IV, No. 5, Sept.-Octbr. 1891.)

R. tritt für die Operationsmethode der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes bei hängendem Kopfe, unter Chloroformanästhesie, in einer Sitzung mittelst schneidender Zange, unter strengsten antiseptischen Cautelen vor, während und nach der Operation, ein. Er lässt das Operationsfeld mehrere Tage vor und nach dem Eingriffe mit antiseptischen Pulvern (Salol, Aristol) bestreuen und ruht bei demselben nicht eher, als bis mit der von ihm angegebenen schneidenden und gefensterten Zange, welche einer Doppelcurette ähnelt, alle Vegetationen beseitigt sind. Unmittelbar nach der Operation empfiehlt er die Wundfläche mit einer Jodlösung (Jod. pur. 2,0, Kali jod. 2,0, Aqu. destill. 8) zu betupfen. — Fieber, infectiöse Mandelentzündungen, Hirnreizungen, allgemeines Uebelbefinden werden auf diese Weise vermieden. Beschorner.

Ueber Pachydermia laryngis und namentlich des aryepiglottischen Raumes. (De la pachydermie du larynx et principalement du pli interaryténoidien.) Von Professor Dr. Chiari, übersetzt von Dr. Sternberg. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 1, 1891.)

Verf. hat es bei Syphilis, Tuberculose, chronischem Larynxcatarrh Pachydermia laryngis beobachtet; Gouguenheim, Doléris, Foa, Kanthack, Luc, Bergengrün haben eben dasselbe bei Kranken beobachtet. Uebrigens sieht man bei sonst gesundem Larynx oft an der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand weisse Flecke und Verdickungen, welche als Hypertrophie des Epitheliums zu deuten sind. Verf. hat dieses an pathologisch-anatomischen Präparaten, sowie am Lebenden nachgewiesen. Der Interarytänoidalraum scheint besonders geeignet zu sein, die diffuse Pachydermie einzugehen; chronischer Catarrh, Alcohol, Syphilis, Tuberculose können die einfache Hypertrophie des Epitheliums, ja selbst Knoten, welche aus Epithelium und zahlreichen Papillen bestehen, hervorrufen; die Stimmbänder hingegen sind wenig geeignet, diese Metamorphose einzugehen. Dr. P. K.

Ueber Pachydermia laryngis. (Sur la pachydermie laryngée.) Von Dr. Brébion. (Revue de laryngologie No. 3, 1891.)

Verf. giebt die Geschichte und Symptomatologie dieser in Frankreich noch nicht beschriebenen Krankheit. Vor chirurgischen Eingriffen soll man sich hüten; lauwarme Einathmungen leicht antiseptischer oder adstringirender Mittel, wenig Bepinselungen, besonders aber Jodkalium in der Dosis von 3 Decigramm pro die. Dr. P. K.

Studie über die Laryngitis chronica. Laryngitis pachydermica; chirurgische und medicamentöse Behandlung. (Etudes sur les laryngites chroniques. Processus pachydermique. Traitement médical et chirurgical.) Von Dr. Paul Tissier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1891.)

Die Laryngitis chronica ist wenig studirt, eben weil sie so häufig und ihre Behandlung so undankbar ist. Die Pachydermia diffusa und

verrucosa Virchow's ist eigentlich ein chronischer Catarrh, eine dermoide Metamorphose der Larynxmucosa, wie sie Förster beschrieben hat; Türck nennt sie Chorditis tuberosa; Cornil und Ranvier haben selbe schon beschrieben; wir finden übrigens denselben histologischen Befund bei Syphilis, Tuberculose, überhaupt bei allen chronischen Reizzuständen. Die Pachydermia ist also eine alltägliche, nicht bedeutende Läsion, welche im Larynx bei allen chronischen Reizzuständen, mögen letztere Tuberculose, Syphilis oder andere ätiologische Reize betreffen, beobachtet wird; der einzige wichtige Punkt in der Aetiologie besteht in der Continuität des Reizes und in dessen geringer Intensität; es ist also nur ganz einfach eine Methode der Reaction der Mucosa. Die Pachydermie kann also nicht als einheitliches Krankheitsbild hingestellt werden, weder vom pathologisch-anatomischen, noch vom ätiologischen, noch vom symptomatischen Standpunkt aus betrachtet. Schon Stoerck hat seiner Zeit die Laryngitis pachydermica in den Rahmen der Laryngitis chronica gerechnet. Chiari ist derselben Meinung wie Verf.

Verf. giebt nun in langer Auseinandersetzung die pathologische Anatomie, die Symptomatologie und die geeignete Behandlung der Laryngitis. Die fleissig ausgearbeitete, interessante Abhandlung verdient im Original nachgelesen zu werden. Dr. P. K.

Acutes, gutartiges, infectiöses Larynxoedem. (Oedème aigu infectieux bénin du larynx.) Von Dr. J. Garel. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 7, 1891.)

Bei zwei 24jährigen jungen Leuten, welche öfter am Larynx litten, entstand acutes Larynxoedem, welches in 4—5 Tagen seinen Höhepunkt erreicht hatte; gänzliche Unmöglichkeit zu schlucken. Urin kein Albumen. Das Laryngoscop giebt ein ganz verschiedenes Bild von dem Larynxoedem, welches zur Eiterung führt: Das Oedem ist weich, zitternd wie Gelée, durchsichtig gelbviolett; das phlegmonöse Oedem ist bekanntlich hart, dunkelroth, undurchsichtig. Prognose immer ernst, wenn man nicht gleich operiren will. Das Bild sieht dem von Massei als primäres Larynxerysipel beschriebenen ganz ähnlich und kann man beide Namen unter dieselbe Rubrik bringen. Am besten thun Bepinselungen mit reiner Jodtinctur; vorher muss man mittelst Cocain die Schleimhaut unempfindlich machen. Dr. P. K.

Ueber die diffuse fibrinöse Hypertrophie der Larynxmucosa. Ueber die Natur der bei den Phthisikern beobachteten praearytenoidalen Wucherungen. (De l'hypertrophie fibrineuse diffuse de la muqueuse laryngée. De la nature des végétations préaryténoidiennes observées chez les phtisiques.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngol., Februar 1889 und Revue mensuelle de laryngol. et d'otologie No. 12, 1889.)

Sich auf zwei Beobachtungen stützend, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) das interaryten. Pflasterepithel kann durch fibrinöse Hypertrophie tuberculöse Infiltration vorspiegeln; 2) diese fibr. Hypertrophie kann sogar Vegetationen ähneln; deshalb genügt ihr Vorhandensein nicht zur Diagnose der Phthisis laryngea. Dr. P. K.

Zwei Fälle von idiopathischen endolaryngealen Abscessen. (Deux cas d'abcès intralaryngés idiopathiques.) Von Dr. Macdonald. (Lancet, 14. September und Annales des maladies du larynx No. 11, 1888.)

Eine 40jähr. Frau, wahrscheinlich syphilitisch, zeigt starke Schwellung am linken falschen Stimmbande. Durch Eröffnen treten Eiter und Heilung ein.

Ein 38jährige Frau zeigte einen vom rechten Ventrikel ausgehenden, dunkelroth gefärbten Tumor. Durch Einschneiden entleerte sich Eiter. Heilung.

Dr. P. K

Hereditäre Syphilis des Larynx. (Inherited Syphilis of the Larynx.) Von S. G. Dabney, Louisville, Ky. (Medical News, 10. October 1891.)

Der erste Fall betraf ein 16jähriges Mädchen, bei dem der grösste Theil der Epiglottis weggefressen war. Die ary-epiglottischen Falten waren verdickt und auf den Taschenbändern tiefe Ulcerationen. Phthisis war auszuschliessen, ebenso jede Autoinfection. Die Ulcera heilten bald nach einer täglichen Dose von Kal. jod. 4,0 + Hydrarg. bichlor. corrosiv. 0,01.

Der zweite Fall war ähnlich, nur dass auch noch im Pharynx deutlische luetische Verletzungen waren.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Beitrag zum Studium combinirter syphilitischer und tuberculöser Geschwüre im Kehlkopfe. (Contribution a l'étude des lésions combinées de la Syphilis et de la Tuberculose dans le larynx.) Von Luc. Paris 1890.

L. kommt auf Grund sorgfältiger Beobachtungen zu der Ansicht, dass man bei Kranken mit langsam sich entwickelnden, geringe Tendenz zur Vernarbung zeigenden geschwürigen Prozessen im Kehlkopfe, immer an die Möglichkeit denken muss, dass diese Läsionen tuberculöser Natur sein oder sich zu tuberculösen Geschwüren entwickeln können. Man muss daher um jeden Preis und mit allen erdenklichen Hilfsmitteln bestrebt sein, sich Klarheit über ihre Natur zu verschaffen. Im Falle einer Bestätigung des Verdachts aber soll man ohne zu zögern ein energisches locales Verfahren einleiten, welches um so mehr Aussicht auf Erfolg bieten wird, je frühzeitiger die Diagnose gestellt wurde, je weniger tief die tuberculösen Elemente in die Gewebe eingedrungen sind.

Beschorner.

Retrolaryngealer Abscess mit Pneumococcen und folgender Pneumonie. (Abcès rétrolaryngien aigu à pneumocoques, compliqué de pneumonie.) Von Dr. Josserand. (Province médicale und Revue de laryngologie No. 6, 1891.)

Zwischen dem ziemlich laxen Bindegewebe hinter dem Larynx können sich acute Abscesse bilden, ähnlich wie in dem die Rachenmandeln umgebenden Bindegewebe. Es sind also retrolaryngeale Abscesse. Fieber, Schmerz, Heiserkeit resp. Aphonie, Schlingbeschwerden und Dyspnoe sind die acuten Symptome. Der Abscess öffnet sich in den Larynx oder direct nach aussen. In ersterem Falle kommt regelmässig eine Pneumonie hinzu.

Dr. P. K.

Ein Spiel-Ballon in der Trachea. (A Toy Balloon in the Trachea.) Von W. C. Glasgow, St. Louis. (N.-Y. Med. Journal, 24. October 1891.)

8jähriges Kind wird zum Verf. gebracht mit dem Bemerken, einen kleinen Ballon verschluckt zu haben. Die Athmung war vollständig ruhig (über dem linken Bronchus Rasselgeräusche und abgeschwächtes Athmen). Bald darauf Erstickungsanfälle — Tracheotomie. Am 5. Tage darauf sah man während eines starken Hustenanfalles eine rothe Masse in der Trachealwunde erscheinen. Trotz sehr vorsichtigen Ziehens riss der rothe Gummi doch ab und der Holzstiel blieb zurück. Da derselbe durch die offene Wunde nicht entfernt werden konnte, so wurde er durch die Glottis gepresst und dann per os entfernt. Heilung.

W. Freudenthal (N.-Y.)

Primäre Chorea laryngis corticalen Ursprungs. (Sur la chorée primitive vocale d'origine corticale.) Von Dr. Abate. (Tip. Pastori e Catarre und Revue de laryngologie No. 1, 1891.)

Sie rührt von einer Reizung der motorischen Corticalcentren des Larynx her, im Gegensatz zu der Meinung anderer Autoren. Die Beispiele aber, welche der Verf. anführt, scheinen keine reinen Choreafälle, sondern verschiedene nervöse Halsleiden zu sein, deren Beschreibung wenig zur Erklärung der Frage beiträgt. Dr. P. K.

Laryngotyphus. Von Dr. Sonques. (Le Bulletin médical 1889 und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 12, 1889.)

Während des Verlaufes eines Typhus bekam ein 18jähriger junger Mann Larynxsymptome, welche sich nur auf die Stimme bezogen. Patient starb, ohne dass Indication zur Tracheotomie eingetreten war. Die Section ergab totale Necrose der beiden Aryknorpel, ohne dass die Glottis vocalis angegriffen worden wäre. Dr. P. K.

Lupus der oberen Luftwege bei intacter Haut. (Lupus des voïes respiratoires supérieures avec intégrité de la peau.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngol., de rhinol. und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Ein 20jähriger Patient hat seit 6 Jahren Beschwerden beim Athmen durch Nase und durch Mund; diese Beschwerden nahmen immer zu. Die Nase ist mit unregelmässigen, kaum blutenden Wucherungen ausgefüllt; Pharynx enthält graue, schmutzige Erhabenheiten. Stimmbänder sind roth und granulirt; hintere Wand der Trachea ebenfalls; kein Schmerz und kein Husten. Lungen gesund. Jod, Jodkalium, Leberthran brachten Besserung. Dr. P. K.

Fremdkörper in den Luftwegen. (Corps étrangers dans les voies aériennes.) Von Dr. F. Massei. (Archivi ital. di laringologia und Ann. des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Verf. erzählt 11 Fälle und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Fremdkörper können selbst bei vernünftigen Erwachsenen ohne ihr Wissen in die Trachea gelangen; 2) bewegliche Fremdkörper können gefährliche Anfälle hervorrufen; man soll also operiren, auch wenn gar keine Dyspnoe momentan besteht. Dr. P. K.

Fremdkörper in den Bronchien. (Foreign Bodies in the Bronchi.) Von J. D. Rushmore, Brooklyn, New-York. (The New-York Med. Journal, 25. Juli 1891.)

Verf. berichtet über einen durch die Tagespresse sehr bekannt gewordenen Fall. Derselbe betraf einen überaus kräftig gebauten, grossgewachsenen Geistlichen aus Brooklyn, welcher einen $^1/_2$" dicken und $^7/_8$" langen Pfropfen im Munde hielt. Durch einen Zufall veranlasst, musste er plötzlich lachen, wobei er seinen Kopf nach hinten warf. In demselben Momente fiel ihm auch der Pfropfen in die Kehle, und nur durch starkes Husten und Manipuliren mit dem Finger rettete er sich vor dem augenblicklichen Tode, ohne jedoch den Pfropfen entfernen zu können. Ja, am nächsten Tage predigte er noch in seiner Kirche, allerdings nur mit der grössten Anstrengung. Gegen Abend fing Pat. an schwächer zu werden und erst am darauffolgenden Tage sah ihn R. und stellte fest, dass der Fremdkörper bereits den linken Hauptbronchus passirt hätte und sich voraussichtlich in dem nächstgrössten Zweige desselben befände (über den ganzen linken unteren Lungenlappen hörte man gar kein Athmen. Keine Dämpfung auf dem oberen Lappen).

Es wurde nun alles Mögliche versucht: Inversion des Patienten, Schütteln, Klopfen des Rückens etc., aber ohne Erfolg, so dass man schliesslich zur Tracheotomie schreiten musste, doch hier zeigten sich nur noch grössere Schwierigkeiten. Da man es mit einem glatten Körper zu thun hatte, der vollständig fest in der geschwollenen Schleimhaut eingekeilt war, so versagten alle Schlingen und Zangen. Die Luftpumpe wagte R. nicht anzuwenden, da die Gefahr nahe war, dass der Pfropfen event. leicht in den rechten Bronchus fallen könnte. So musste man denn schliesslich diese Versuche einstellen. Inzwischen hatte R. ein Instrument construiren lassen, welches etwa einem geschützten Pfropfenzieher ähnlich sah und man machte sich an einen zweiten Versuch in der Narcose. Doch auch diese vorzügliche Idee misslang leider und man musste nicht nur von dieser Methode, sondern auch von der bald danach begonnenen Eröffnung des Thorax von vorn abstehen, da die Kräfte des Patienten schwanden. Der Exitus letalis erfolgte nach einigen Tagen. Bei der Autopsie fand man den Pfropfen an der genannten Stelle vor und es war deutlich zu sehen, dass ein Stück desselben mit dem Pfropfenzieher entfernt war. Wegen der schrägen Lage war jedoch die Schraube nicht in die Mitte des Pfropfens gedrungen, sondern in den Rand, und so war eine Extraction unmöglich gewesen.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Nicht erkannte, während 22 Monaten im Larynx eingekeilte falsche Zähne. (Un cas méconnu d'invagination de dents artificielles dans le larynx pendant 22 mois, enlevées avec succès.) Von Dr. Lennox Brown. (Société anglaise de laryngologie et de rhinologie und Revue de laryngologie No. 13, 1891.)

Eine 35jährige Frau sah cachectisch aus. Zwei behandelnde Aerzte stritten sich, ob es sich um Larynxcarcinom oder Larynxphthise handele! Beim Laryngoscopiren erkannte Verf. auf den ersten Anblick ein falsches, quer über den Larynx gelegenes und beide Fossae pyriformes erreichendes Gebiss. Während der Chloroformnarcose wurde mittelst Laryngotomie

mit einiger Schwierigkeit der Fremdkörper entfernt; ein abgebrochener Zahn wurde ausgehustet. Das Gebiss war während eines epileptischen Anfalles in den Larynx gerathen; Patientin glaubte es ausgebrochen zu haben. Heilung. Dr. P. K.

Einspritzen von Hundeblut in die Trachea. (Injections de sang de chien dans la trachée.) Von Dr. Saint-Hilaire und Dr. Coupard. (Bulletin médical und Revue de laryngologie No. 13, 1891.)

Verf. rathen das Verfahren bei Phthisis an. Bei Kaninchen konnten sie 4 Cubikctm. in 2 Minuten Zeit unbehindert in die Trachea einspritzen; sie führten dann dieselbe Operation ungestraft bei einem 22jährigen Phthisiker aus. Dr. P. K.

Fortschreitende Unbeweglichkeit eines Stimmbandes, ihre Bedeutung für die Diagnose. (Immobilité progressive d'une corde vocale et sa valeur diagnostique.) Von Dr. Hunter Makenzie. (Société anglaise de laryngologie et de rhinol. und Revue de laryngol. No. 13, 1891.)

Bei langsam entstehender, aber constant fortschreitender Unbeweglichkeit eines Stimmbandes muss man immer an Tuberculose oder an Krebs denken. Verf. giebt zwei Beispiele als Beleg. Immer sind die respiratorischen Functionen des Stimmbandes vor den phonischen beeinträchtigt.

(Verf. hat dabei nicht an die Druckerscheinungen extra- und intrathoracischer Tumoren gedacht, so dass seine Behauptung nicht absolut unfehlbar ist. Ref.) Dr. P. K.

Bleibende Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes nach vollständiger Heilung der halbseitigen Lähmung. (Un cas d'immobilité persistante de la corde vocale droite après la guérison complète d'une hémiplégie.) Von Dr. Lennox Brown. (Société anglaise de laryngologie et de rhinologie und Revue de laryngologie No. 13, 1891.)

Ein 42jähriger Kranker behielt nach geheilter Hemiplegie Medianstellung mit Erschlaffung des rechten Stimmbandes; Stimmstörungen nicht bedeutend. Verf. nimmt an, dass bei halbseitigen Lähmungen, namentlich rechterseits, die Stimm- und Sprachstörungen viel häufiger sind, als allgemein angenommen wird und dass sie die Lähmungen der Extremitäten überdauern. Dr. P. K.

Darlegung der localen anästhetischen Eigenschaften des Antipyrin. Ueber die Anwendung desselben bei gewissen Affectionen des Rachens und Kehlkopfs. (Démonstration des propriétés anesthésiques locales de l'antipyrine. De son emploi dans certaines affections de la gorge et du larynx.) Von Dr. Saint-Hilaire. (Arch. internat. de Laryng. etc. IV, No. 5, 1891, Sept.-Octbr.)

Pinselungen der Schleimhaut mit 40proctgr. wässriger Antipyrin-Lösung bringen nach St. H. intensive locale Anästhesie hervor, welche oft 1—2 Stunden anhält. Sie wird daher vom Autor namentlich bei gesteigerter Empfindlichkeit der Pharynx- und Larynxschleimhaut, bei Husten, schmerzhaften Empfindungen aller Art, Schlingbeschwerden in

Folge von tuberculösen Ulcerationen im Kehlkopfe etc. empfohlen. Um das, unmittelbar nach der Application auftretende Brennen zu lindern, setzt er der Lösung 0,15 bis 0,25 pCt. Cocain. muriat. zu.

Beschorner.

Erythema eczematosum in Folge der Verwendung von Salol zu Verbänden. (Erythème eczémateux à la suite des pansements au Salol.) Von Dr. A. Cartaz. (Arch. internat. de Laryngol. etc. IV, No. 5, Sept.-Octbr. 1891.)

Mittheilung von 3 Fällen, in denen Kranke nach Nasenoperationen mit Einstäubungen von Salol behandelt wurden und zweifellos in Folge derselben Erythem. eczematos. an der Nase und im Gesichte acquirirten. C. macht hierfür das Secret der Talgdrüsen verantwortlich, welches das Salol in Phenol- und Salicylsäure spaltet und warnt vor Anwendung des Mittels bei Personen, welche an Disposition zu Dermatosen leiden.

Myxoedem mit Erfolg behandelt durch hypodermatische Inoculation einer Schafsthyroidea. (Myxoedème traité avec succès par la greffe hypodermique d'un corps thyroide de mouton.) Von Dr. Bettencourt und Dr. Serrona. (Gazette des hôpitaux und Revue de laryngologie No. 5, 1891.)

Eine Patientin litt an Myxoedem und schien keine Glandula thyroidea zu besitzen. Die Autoren exstirpirten die Glandula thyroidea eines Schafes, legten selbe unter die Haut der Pat. zwischen beide Mammae und schnitten selbe subcutan in zwei Theile. Rasche Besserung. Verff. glauben nicht, dass die Transplantation an sich von grossem Nutzen war, sondern sind der Ansicht, dass die einfache Resorption des Saftes der Glandula thyroidea des Schafes die Besserung bewirkte.

Dr. P. K.

Ueber Benzoyl-Guayacol als Ersatzmittel des Creosots. Von Dr. Walzer, Aachen (Mariahilf-Hospital). (Deutsche medicin. Wochenschrift No. 45, 1891.)

Die durch ihren Gehalt an Kresolen auf die Dauer mehr oder weniger schlecht zu nehmenden Creosotpräparate liessen schon längst den Wunsch nach der Darstellung eines kresolfreien, möglichst geruch- und geschmacklosen Präparates wach werden, da auch die Darreichung in Pillen, welche an sich noch am besten den Geschmack zu verdecken vermögen, auf die Dauer Vielen, der grossen täglich zu nehmenden Pillenzahl wegen, äusserst beschwerlich fällt. Durch den Apotheker Dr. Bongartz ist nun in dem Benzoyl-Guayacol, auch Benzosol genannt, eine Verbindung der Benzoësäure mit reinem Guayacol (das zu 60 pCt. im Creosot enthaltene, aber auch noch zu 10 pCt. durch Kresole verunreinigte Guayacol bildet bekanntlich den wirksamen Bestandtheil des Creosots) hergestellt worden, welche obigen Forderungen entspricht; dasselbe stellt ein farbloses Pulver dar, in Wasser unlöslich, leicht löslich in Aether und heissem Alcohol. 0,9 Gr. Benzosol entspricht 1,0 Gr. Creosot und wird zu 0,25 pro dosi in Pulver mit Elaeos. Menthae oder besser noch in Pastillen aus Cacao und Zucker 3 Mal täglich nach dem Essen gegeben; nach je 5 Tagen steigt man um je 0,1 Benzosol. Mehrere Pa-

tienten erhielten auf diese Weise allmählig 3 Gr. Benzosol pro die, eine Dosis, die etwa 3,2 Gr. Creosot oder 1,6 Gr. Guayacol entspricht, und bisher im Creosot wie im Guayacol allein nicht gegeben werden konnte. Unangenehme Erscheinungen wurden weder bei Erwachsenen noch Kindern beobachtet. Der Preis ist zur Zeit noch ziemlich hoch.

Keller.

Eine Epidemie von Selbstmord durch Erhängen. (Une épidémie de suicide par pendaison.) Von Dr. Liegey. (Société de médecine légale, Juni 1891 und Semaine médicale No. 30, 1891.)

In dem Dorfe Thiais (Departement der Seine) fand eine Quasi-Epidemie von Selbstmorden durch Erhängen statt. Gestützt auf eine im Jahre 1850 beobachtete Epidemie von Verrücktheit, welche Verf. in den Zusammenhang mit dem Impaludismus brachte, ist derselbe auch in diesem Falle geneigt, diese Epidemie in Zusammenhang mit der herrschenden medicinischen Constitution zu bringen. Motet behauptet, es handle sich um eine Art Selbstmord durch Nachahmung; jedenfalls sei es interessant, den Geisteszustand der Selbstmörder vor dem Tode zu kennen, was ja wichtig für die Lebensversicherungs-Gesellschaften sei. Dr. P. K.

Borsäure gegen grüne Sputa. (De l'acide borique contre le crachat vert.) Von Dr. Combemale und Dr. Ladrière. (Bulletin médical du Nord No. 14, 1891.)

Auf physiologische und klinische Beobachtungen gestützt, kommen Verff. zu folgenden Endschlüssen: Die grüne Farbe des Auswurfs rührt oft von Microben her; klinisch unterscheidet man die parasitäre Natur dieser grünen Sputa dadurch, dass kein Icterus zugleich besteht und dass Parasiten nie bei acuten Krankheiten und nie bei Lungenneoplasmen vorkommen. Diese grüne Farbe ist das Resultat der Secretion eines Microorganismus, den Frick Bacillus virescens genannt hat; sie ist immer secundärer, infectiöser Natur, welche sich zu dem primären Leiden hinzugesellt. Auch kann die Diagnose eines Lungenleidens nie sich auf die grünen Sputa stützen; auch hat die grüne Farbe kein Gewicht für die Prognose. Um die grüne Farbe zum Verschwinden zu bringen, wenn sie den Kranken erschrickt, für den Arzt aber ohne Bedeutung ist, muss man antiseptische Medicamente gebrauchen: Werden die Sputa grün im Spucknapf, so genügt heisses Wasser mit etwas Kalilauge; werden sie grün ausgehustet, so genügt eine Mixtur von 1 Gramm Borsäure. In einigen Spitälern hat man beobachtet, dass diese Mixtur, einmal eingenommen, bei lange dort bleibenden Phthisikern die grüne Farbe der Sputa für immer fern hält. Dr. P. K.

Aneurysma arterio-venosum der Carotis im Sinus cavernosus traumatischen Ursprunges; Ligatur der Carotis communis. Von Dr. Kalt. (Semaine médicale No. 29, 1891.)

Ein 35jähriger Mann fiel auf's Hinterhaupt und bekam im Verlauf eines Monats die klinisch sehr interessanten subjectiven und objectiven Symptome eines Aneurysma der Schädelhöhle. Unterbindung der Carotis communis; Besserung, vollständige Heilung ist zu erwarten.

Dr. P. K.

III. Inserate.

Eine Sammlung von **80 Schriften über Ohrenheilkunde,** meist kleineren Umfangs, ist für **30 Mark** zu verkaufen. Offerten befördert die Annoncenexpedition von **Rudolf Mosse** in **Leipzig** unter Chiffre **F. L.**
(La. 5123.)

INHALT.

Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel †. — I. Originalien: Lichtenberg: Ueber Gehörsstörungen des Betriebspersonals der Eisenbahnen, mit Bezug auf die Sicherheit des reisenden Publikums (Schluss). — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891 (Fortsetzung). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Jansen: Ueber otitische Hirnabscesse. — Baginsky und Gluck: Ein Fall von geheiltem Schläfenlappenabscess. — Ludewig: Casuistische Mittheilungen. — Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1888 bis 31. März 1889. — Jaenicke: Ueber die therapeutische Verwerthung der Borsäure nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. — b) Rhinologische: Luc: Clinische Erfahrungen auf dem Gebiete der Rhinologie und Laryngologie. — Löri: Beiträge zur Therapie der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. — Roe: Ausgleichung eckiger Deformitäten der Nase durch ein subcutanes Operations-Verfahren. — Durante: Epithelialsarcom der Nasenhöhlen, Uebergreifen auf die Stirnbeinhöhlen, latenter Abscess des Gehirnes, plötzlicher Tod, Section. — Richardson: Cysten der Nase. — Noquet: Grosser papillärer Tumor am hinteren Ende der linken unteren Nasenmuschel. — Blitz: Augenleiden in Folge von chronischer Rhinitis. — Luc: Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle, bedingt durch Erysipel-Streptococcen. — c) Pharyngo-laryngologische: Urticaria des Schlundes. — Folet: Lipoma sublinguale. — Maglioni: Zungenangiom. Exstirpation, Heilung. — Personati: Ein Fall von idiopathischem Zungenkrampf. — Monod: Diagnose und Behandlung der Dermoidcysten des Bodens der Mundhöhle (laterale Cysten). — Moure und Raulin: Beitrag zur Lehre der Syphilis der Tonsilla pharyngea und praepiglottica. — Poncet: Intralinguales Tuberculom. — Dubar: Myxosarcom der Parotis mit pharyngealem Auswuchs. — Péan: Bemerkungen über die Exstirpation von Zungentumoren. — Trumbull: Phlebitis nach Amygdalitis follicularis. — Claiborn: Oeffnung am rechten vorderen Gaumenbogen mit linksseitiger überzähliger Mandel. — Poaillon: Vorzüge der Operation der Uranoplastie in zwei Sitzungen. — Onodi: Fall von zweijährigem Bestehen einer Pharyngitis fibrinosa. — *Moussans:* Primärer Lupus im Pharynx. — Vaton: Halsgicht. — Kone: Acute Laryngitis nach Verschlucken heisser Torte. Intubation. Heilung. — Ruault: Ueber das operative Vorgehen bei Beseitigung adenoider Vegetationen im Rachen. — Chiari: Ueber Pachydermia laryngis und namentlich des aryepiglottischen Raumes. — Brébion: Ueber Pachydermia laryngis. — Tissier: Studie über die Laryngitis chronica. Laryngitis pachydermia; chirurgische und medicamentöse Behandlung. — Garel: Acutes, gutartiges, infectiöses Larynxödem. — Luc: Ueber die diffuse fibrinöse Hypertrophie der Larynxmucosa. Ueber die Natur der bei den Phthisikern beobachteten praearytenoidalen Wucherungen. — Macdonald: Zwei Fälle von idiopathischen endolaryngealen Abscessen. — Dabney: Hereditäre Syphilis des Larynx. — Luc: Beitrag zum Studium combinirter syphilitischer und tuberculöser Geschwüre im Kehlkopfe. — Josserand: Retrolaryngealer Abscess mit Pneumococcen und folgender Pneumonie. — Glasgow: Ein Spiel-Ballon in der Trachea. — Abate: Primäre Chorea laryngis corticalen Ursprungs. — Sonques: Laryngotyphus. — Luc: Lupus der oberen Luftwege bei intacter Haut. — Massei: Fremdkörper in den Luftwegen. — Rushmore: Fremdkörper in den Bronchien. — Brown: Nicht erkannte, während 22 Mon. im Larynx eingekeilte falsche Zähne. — Saint-Hilaire und Coupard: Einspritzen von Hundeblut in die Trachea. — Makenzie: Fortschreitende Unbeweglichkeit eines Stimmbandes. — Brown: Bleibende Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes nach vollständiger Heilung der halbseitigen Lähmung. — Saint-Hilaire: Darlegung der localen anästhetischen Eigenschaften des Antipyrin. — Cartaz: Erythema eczematosum in Folge der Verwendung von Salol zu Verbänden. — Serrona: Myxoedem mit Erfolg behandelt durch hypodermat. Inoculation einer Schafsthyroidea. — Walzer: Benzoyl-Guayacol als Ersatzmittel des Creosots. — Liegey: Eine Epidemie von Selbstmord durch Erhängen. — Combemale und Ladrière: Borsäure gegen grüne Sputa. — Kalt: Aneurysma arterio-venosum der Carotis im Sinus cavernosus traumatischen Ursprungs; Ligatur der Carotis communis. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Das Titelblatt und Register des Jahrgangs 1891 liegen bei.

293/16

41B
354